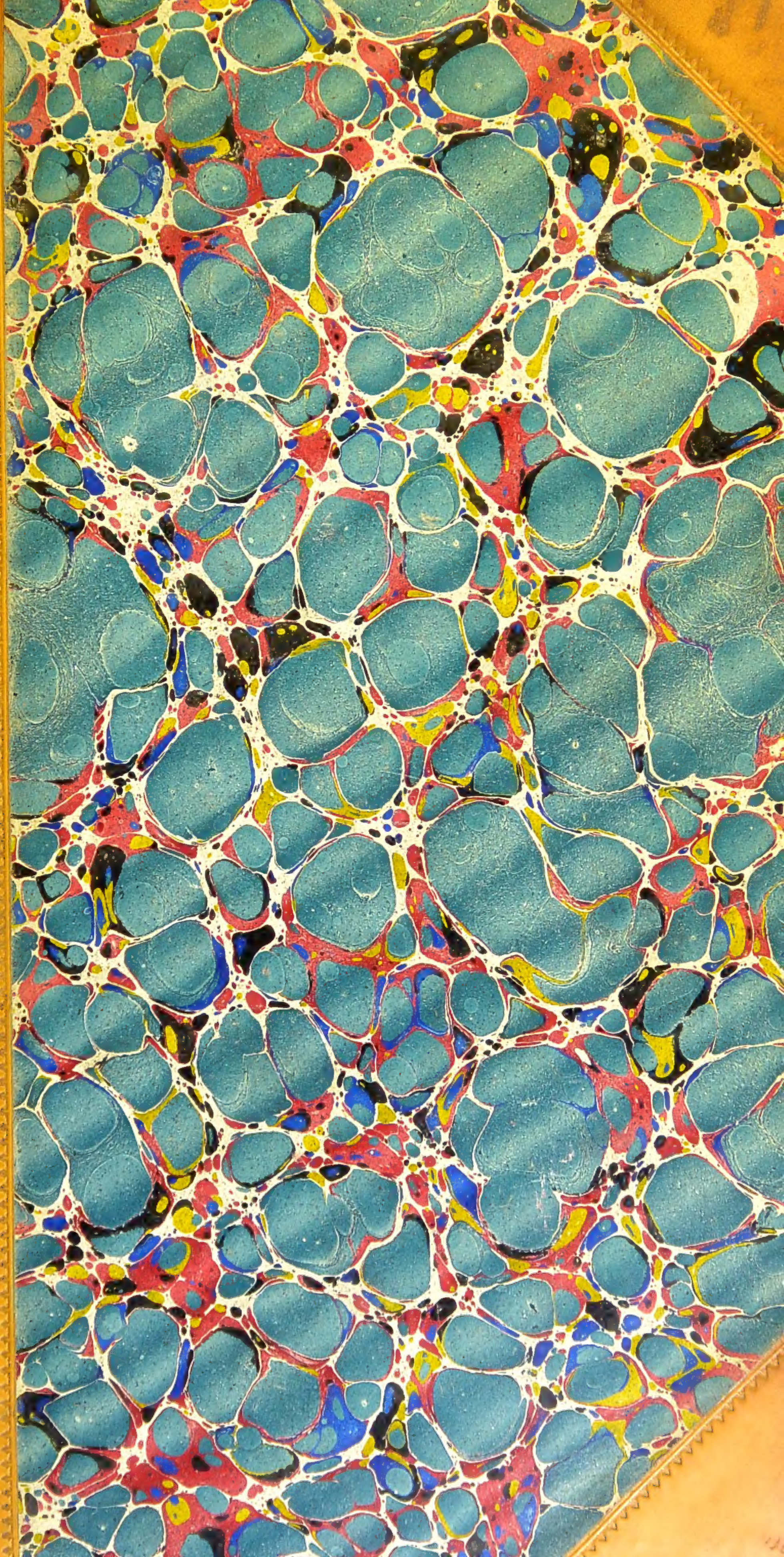


STUDI E OSSERVAZIONI

DI

CLINICA MEDICA

ANNO TERZO

(1864-65)

PER

GIUSEPPE TIMERMANS

DIRETTORE DELLA CLINICA MEDICA DI TORINO — PROFESSORE DI PATOLOGIA MEDICA SPECIALE — UFFICIALE DELL'ORDINE DE' SS. MAURIZIO E LAZZARO — CAVALIERE UFFICIALE MAGGIORE DELL'ORDINE DI S. MARINO — MEDICO ORDINARIO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA E CITTA' DI TORINO — CONSULENTE PER LE CARCERI GIUDIZIARIE E PER IL SERVIZIO DI BENEFICENZA — DOTTORE AGGREGATO AL COLLEGIO MEDICO-CHIRURGICO DI TORINO — MEMBRO DEL CONSIGLIO SANITARIO PROVINCIALE, DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO, DI BOLOGNA, DI PALERMO, ECC.



TORINO

TIPOGRAFIA C. FAVALE E COMP.

1869.

ALLA CARA MEMORIA

DI

TERESA GHIGLIONE-BOERI

AVOLA MIA MATERNA

CHE MORENDO OTTUAGENARIA

LARGA EREDITÀ LASCIAVAMI

DI IMPERITURI AFFETTI

PREFAZIONE



Chiudendo il mio saggio clinico-statistico per gli anni 1862-63, 1863-64, io diceva che l'opera mia per acquistare valore voleva essere continuata; chè in medicina non si arriva a corollari positivi e sicuri per pochi fatti, ma per molte osservazioni il più possibilmente esatte, accuratamente raccolte, parcamente commentate, ripetutamente controllate.

Pubblicando ora il resoconto dell'anno clinico 1864-65 è in me proposito di sciogliermi dal quasi impegno preso, di proseguire un còmpito in quel mio scritto appena cominciato.

La quantità dei casi pratici in questo mio terzo corso scolastico osservati; l'importanza dei medesimi, a parer mio, non contestabile; il modo anche lodevole con che furono raccolti dagli allievi miei; i nuovi mezzi che all'Instituto clinico furono concessi

per la maggior esattezza delle osservazioni pratiche; sono altrettanti argomenti, pei quali, se non m'illudo, a questa mia pubblicazione vorranno fare buon viso li studiosi delle mediche cose, e quelli in ispecie che esercitano la medicina pratica.

È lagnanza, che questa non faccia quei rapidi e brillanti progressi che tutto giorno si ammirano nelle scienze fisico-chimiche, cui di diritto la medicina appartiene; ed è pur troppo vero! Ma, se male non mi appongo, ovvie ne sono le ragioni.

La scienza pura riconosce sì molte difficoltà, ma tutte o quasi tutte le sono intrinseche: la pratica, e non solo parlando della medicina, ma in genere, oltre le difficoltà intrinseche, molte più ne incontra che le sono estrinseche e a volte non meno delle prime insuperabili.

La scienza può soventi formolarsi a piacimento i suoi problemi, li studia, li approfondisce, e li risolve: la pratica all'incontro trova problemi belli e formolati, li subisce, non li sceglie, quindi meno facilmente arriva a scioglierli.

La scienza va dritta al suo scopo, passa per vie or più, or meno lunghe, ma progredisce sempre: alla pratica tocca soventi di arrestarsi in un circolo vizioso di cause e di effetti, da cui non è facile uscire.

La scienza fa tesoro delle osservazioni altrui, della sperienza di tutti, della storia, della letteratura, dell'erudizione, da cui ognora più si illumina: la pratica sempre incontra casi nuovi, o nuove circostanze, o speciali aggiunte che coi precetti formolati e colle

teoriche ricevute contrastano; e fra le incertezze e i dubbi oscilla e titubа.

La scienza infine ai posteri si tramanda ed è immortale: la pratica rimane per contro soventi patrimonio tutto individuale: muore con lui che la possiede quella intuizione, che ne è la più bella prerogativa, come ne è la guida più sicura.

La è questa una ragione troppo spesso dimenticata da cui piace di accusare la medicina pratica di pochi progressi! Lo stesso varrebbe dire che la società non progredisce e il mondo non va avanti per ciò che l'esperienza de' padri ai figli non giova!

Arrogi che chi lotta colle continue esigenze della medicina esercitata, o applicata che dir si voglia, mentre tutto si sacrifica per l'altrui bene, raro è che abbia tempo, agio e volontà di scrivere le proprie osservazioni e di farne tesoro per la scienza.

Tutti saranno convinti con Massimiliano Stoll (1), che *is maximum emolumentum, laborisque impensi præmium sit relaturus, qui omnia quæ per ægroti ipsius narrationem et ipso examine constiterunt, in chartam breviter et succincte conjiciat, morbique progressum ac finem sedulo adnotet*: ma quanti pratici seguono questo consiglio, quanti possono uniformarsi a quest'ottimo precetto per servire alla scienza? Quanti, all'infuori delle scuole di clinica?

Se la pratica progredisce meno della scienza, gli

(1) V. *Ratio medendi in nosocomio practico Vindobonensi a Max. Stoll elucubrata; pars sexta. De methodo examinandi ægros.*

è che alla conservazione delle tradizioni di quella mancano soventi volte li operai, mentre abbondano sempre i diligenti raccoglitori de' dommi e responsi di questa.

L'umanitaria missione del medico pratico, la sua filantropia, la devozione all'uomo che soffre e da lui chiede salute; ecco le cagioni per cui il pratico quasi mai può aspirare all'aureola di gloria che allo scienziato si concede.

Nè io pretendo certo di aspirarvi colla pubblicazione de' miei rendiconti! Se li mando per le stampe, ciò è perchè credo i medesimi poter essere utili in qualche modo a chi si dedica al medico tirocinio; so quanto sieno scarse le guide veramente pratiche all'esercizio della medicina clinica!

Libri di patologia medica speciale se ne posseggono a dovizia e antichi e recenti; ma dettati come sono da un punto di vista scientifico, generale, nosologico, essi non discendono che eccezionalmente a contemplare l'individualità dei casi clinici: e alcune opere di clinica ne hanno a volte più il nome che il fondo, avvegnachè le dissertazioni quanto più sono dotte, erudite, eleganti, scientifiche, tanto più si allontanano necessariamente dal caso pratico. Il perchè la casuistica, che pur tanta parte ha nella medica istruzione, più nei giornali si trova che non si abbia nei trattati.

Come direttore di una scuola di clinica, a mezzo degli aiuti miei e dei miei alunni, ho potuto raccogliere interessanti note sopra moltissimi fatti morbosi. Or bene, e questi e quelle sarebbero materiali per-

duti se non li portassi a pubblica notizia; se non cercassi di estendere cogli scritti quell'istruzione medico-pratica che mi tocca di impartire al letto degli infermi e colla parola e coll'esempio! Ecco il movente del lavoro che raccomando alla benevolenza de' miei lettori.

Precederà una lezione di propedeutica clinica (1), avvegnachè, dirò col già citato celebre clinico di Vienna, *hæc erant præmittenda circa methodum instituendæ anamnesis et examinis ægrorum*: poi darò alcune notizie storico-amministrative relative all'istituto medico-clinico, che, sorto da tre anni appena, ha tuttora bisogni, desiderii, speranze da soddisfare: esporrò quindi la mia statistica clinica distinta in generale e speciale ad ogni malattia, vuoi considerata nella sua forma nosologica o nella sua ubicazione anatomica; per arrivare infine all'obbietto principale della mia trattazione, che sono le osservazioni cliniche anamnesticamente ed obbiettivamente sotto la mia direzione raccolte e studiate nelle pratiche conferenze, e giornalmente annotate nel memoriale appeso al letto dei malati.

Conosco tutti i gravi appunti che si muovono alle statistiche cliniche, nè per conto mio vorrei difenderle a spada tratta. So quanto potrebbero essere

(1) Credo appena necessario avvertire che questa lezione fu detta inaugurando il 5° anno di corso clinico ufficiale. La prelezione dell'anno scolastico 1864 e 65, del quale è parola in questo rendiconto, venne stampata a parte come discorso di inaugurazione dell'instituto clinico, detto il 2 dicembre 1864. (V. *Giornale dell'Accad. med. chir.* N. 24, 31 dicembre 1864).

fallaci i loro corollarii quando si volessero considerare quali espressioni matematiche ed assolute: se me ne valgo, egli è solo per il calcolo delle probabilità, che in medicina per lo più costituiscono l'unica, direi tutta la certezza possibile.

Nel radunare osservazioni cliniche in buon numero, ho avuto di mira specialmente di fare studi comparativi, che mirabilmente, se bene io veggo, servono a formare il vero criterio del medico pratico.

Nello esporre poi i singoli casi speciali, o individuali come si sogliono chiamare, siccome ho cercato sempre, così credo di avere trovato spessissimo una grande istruzione pratica nell'esame comparativo dell'anamnesi e dello stato presente. Le circostanze della storia anamnestica, oltre ai grandi lumi che al diagnostico arrecano, dànno anche abbondante messe di fatti per conoscere ed apprezzare l'odierna medicina pratica, comparativamente a quella di altre epoche dalla nostra più o meno remote. Non è per intolleranza delle altrui opinioni e tanto meno per dispregio, od altra men che nobile passione, che nello stendere le mie osservazioni cliniche ho creduto prezzo dell'opera fare un parallelo tra i varii metodi curativi, e l'indirizzo terapeutico diverso della vecchia e della giovane medicina: soli mi spinsero amor del vero, e'l desiderio che la verità sia conosciuta.

Mi si dice quasi astemio dal salasso, e per poco non me ne si fece grave colpa ne'primi anni del mio insegnamento: credo che quest'accusa sia oramai caduta, se no, cadrà: il tempo e l'esperienza o ne hanno

già fatto ragione o ne la faranno. Piacemi per altro dichiarare pubblicamente che non per vano spirito novatore, non per cieca, che sarebbe riprovevole imitazione della medicina d'oltr'alpe; ma per mie osservazioni e per esperienza propria sommi, e non di sbalzo, ma gradatamente convinto, potersi *cito*, *tuto et jucunde* curare, senza trar sangue, molte malattie, febbri infiammatorie, processi flogistici, risipole, pleuriti, polmoniti, reumatismi, artriti, ecc. contro le quali i dommi scolastici per lungo tempo vollero la flebotomia essere il primo, il più efficace, il più pronto, il più sicuro, il quasi indispensabile mezzo di cura.

Per molte prove cliniche fatte sopra ampia scala e nell'ospedale e nella scuola ufficiale e nella mia privata clientela, opino che quello fu un solenne pregiudizio, fonte di molti abusi, mai abbastanza deplorati! Chè per essi e danno ne venne ai malati, l'oligoemia, e scapito ne ebbe pur anco la medicina e i medici stessi. *Facta loquor.*

Certe fantastiche dottrine e assurde pratiche, le dosi infinitesime e l'azione spirituale dei rimedii non avrebbero trovati adepti, senza gli eccessi d'una medicina non a caso detta *sanguinaria*! Senza ambagi e senza reticenze, colla naturale mia franchezza dico quello che penso: libero altrui di contraddirmi!

Ma se gli è vero che la medicina pratica vada ogni giorno liberandosi per bene di antichi errori, di falsi giudizi, di prevenzioni dogmatiche, del dottrinarismo, dello scolasticismo, dello stesso misticismo, che troppo spesso la fuorviarono dal retto

cammino.... *pur si muove,* dico io, nella via del progresso! Quale esso sia poi , meglio che i trattati anche classici , i più modesti ed umili rendiconti clinici non potranno forse dirlo? Me ne arride l'idea! Se io mi apponga ne giudicherà il lettore, cui auguro di cuore ogni ben di Dio !

Torino, 1867.

G. T.



L'esame degli ammalati

La formola diagnostica

Il diario e l'esegesi clinica

SECONDO LO SPIRITO DELLA MEDICINA MODERNA

(Prelezione detta il 27 novembre 1866)

L'esperienza dello insegnamento e la quotidiana osservazione della medicina pratica da lunga mano mi hanno dimostrato, e la ragione logica ne rende d'altronde ciascuno facilmente convinto, che, se la clinica presenta difficoltà naturali ed inerenti al soggetto che si studia, queste crescono a doppio, e per poco non si rendono insuperabili quando appuntino non si conosca l'indirizzo vero che la deve avere, e l'ordine e'l metodo che si deve seguire, per arrivare ad un giusto apprezzamento e della presenza, e della sede, e della importanza e della natura di un fatto morboso, con tutte le sue conseguenze possibili e prossime e remote.

Per constatare l'attualità patologica, per istudiare il processo morboso, per osservare e i sintomi e i segni delle malattie, per valutarne a modo le cagioni, per arrivare in una parola ad una formola diagnostica e

trarne da essa giusti criterii pronostici e indicazioni terapeutiche appropriate: per dedurre ancora dalle osservazioni cliniche utili corollarii e teorici e pratici, vuolsi avere un principio, una regola, una base!

Senza fondamento non vi ha edifizio che regga; senza metodo non vi ha scienza possibile; senza ordine non vi ha studio proficuo. Manchi lo indirizzo scientifico, e al letto dei malati avremo l'empirismo: si trascuri il metodo d'esame degli infermi e farà difetto un concetto clinico esatto e vero del fatto morboso; e senza concetto clinico non si hanno gli elementi indispensabili, manca l'appoggio più saldo di un giudizio illuminato, franco e securo dello stato patologico e delle sue future contingenze, e della cura più adatta per quello vincere e prevenire codeste.

Io credo, o signori, che questi sieno apoftegmi apodittici; e nel dare principio alle mie lezioni clinico-cattedratiche, non saprei meglio esordire che coll'esporvi anzitutto brevemente il metodo del mio insegnamento: cosa che reputo tanto più opportuna e convenevole in quest'anno, che devo insegnare clinica ad una scolaresca o nuova affatto a questo clinico Instituto (1), o poco più che iniziata agli studi della medicina pratica (2).

Dirovvi pertanto del modo con che si devono esaminare, interrogare, osservare gli ammalati per arrivare a quella formola di un giudizio sintetico del fatto morboso, che *diagnosi* si chiama: e siccome le malattie non si esprimono soltanto come *stati*, ma soventi sono veri

(1) Molti studenti provenienti dalla Rumenia furono in Torino inviati a completare i loro studi.

(2) Si allude alla straordinaria brevità dell'anno clinico antecedente, che dovette essere interrotto per lo scoppio della guerra nazionale.

processi morbosi, quindi del *memoriale* o *diario clinico* io vi farò parola, essendo per esso che le evoluzioni, l'andamento, le fasi, le terminazioni, le successioni morbose si studiano.

L'esame diagnostico e 'l diario clinico servono a raccogliere ed a notare ciò che si vede e si osserva, ma ciò non basta: per imparare clinica a dovere, conviene sapere esporre, commentare i fatti patologici, e trarne induzioni: questo è il còmpito della *esegesi* clinica, dell'*epicrisi* così detta, intorno alla quale non sarà inutile spendere anche qualche parola.

Svolgendo questi argomenti atti a servire di introduzione agli studi nostri posteriori, io vi avrò salutati come i bene arrivati allo Instituto clinico che ho l'onore di dirigere!

Esame degli ammalati. — Quando un ammalato ci si presenta, dando uno sguardo generale al suo fisico, scuoprendo all'uopo e coi dovuti riguardi le varie parti del corpo, dal tronco alle estremità, subito, a colpo d'occhio, le si scoprono di molte cose, che ci portano a determinare e le condizioni fisiologiche individuali, e anche varii stati morbosi. Questo deve essere il primo esame, questa la prima operazione diagnostica.

Il sesso, l'età, la razza, il temperamento, la costituzione, l'abito, lo stato delle forze e 'l grado di nutrizione, fino ad un certo punto la posizione sociale, la professione, la provenienza si possono giudicare dal primo esame esterno e complessivo dei malati. La statura, la corpulenza, il peso, la tinta della pelle, dei peli, de' capegli, il pannicolo adiposo succutaneo, l'elasticità, la temperatura, la finezza o la ruvidezza dei comuni integumenti, lo sviluppo della muscolatura, delle ossa, delle giunture, dei denti; e ancora il modo di acconciatura, le vesti, la calzatura, il generale contegno vi fanno tosto distin-

guere l'uomo zotico e l'educato, l'abitatore del contado e della città, il bracciante e l'operaio, il povero e l'agiato, il vecchio e il giovane, il forte alpigiano e'l gramo abitatore di valli e paludi, la buona massaia e la donna di mal affare, le robuste e le gracili costituzioni, i sani e i malaticci; egli è all'esterno che si caratterizzano le impronte sensibili del temperamento sanguigno e del linfatico, dell'abito ftisico e dell'apopletico, della mobilità nervosa e della tempra biliosa.

Sonvi poi malattie che si rivelano colla esterna tinta della pelle: gialla nell'itterizia, rossa nella risipola, turchina nella cianosi, nera nell'emacelinosi, giallo-verdognola nella clorosi, pallidissima nell'anemia, lattea nella leucocitosi, bronzina nella malattia d'Addison, variegata nell'albinismo e nella nigrizia, la pelle va soggetta ad un grandissimo numero di malattie le quali, o cangino il modo di essere dei diversi strati anatomici o dieno luogo a prodotti di nuove formazioni, hanno il carattere comune della obbiettività, alla diagnosi favorevolissima sempre.

E lo stesso si dica di tutte le malattie che guastano l'armonia delle forme esterne, dando luogo a tumori, deviazioni, spostamenti, deformità, macchie, cicatrici e va dicendo.

L'idrocefalo, il rachitismo, la cifosi, la gravidanza e molti altri intumidimenti addominali, i residui di lunghe suppurazioni, di ferite, di scottature, del vaiuolo, della vaccinazione, di operazioni chirurgiche, di esterne applicazioni terapeutiche, rubefacienti, vescicanti, cauterii, coppe scarificate, mignatte, ulceri, tatouage, varici, anchilosi, paralisi, idropi esterne, idiozia, cretinismo, mania, per tacere di altre ancora, costituiscono un' immensa serie di fatti e stati fisio-patologici, che, non dirò già un'attenta, esatta, minuta, ma la più semplice, la

più superficiale inspezione esterna dei malati basta a farci conoscere. Nè v'ha chi non vegga come per essa si aiutino, si accelerino, si semplifichino molte ricerche diagnostiche ulteriori.

Queste ragioni sono tanto chiare ed evidenti, che facendomi vostra guida nello esame degli ammalati, sarà mia cura di portarvi sempre a questa importantissima esplorazione, a questa prima osservazione, con che si compie la più gran parte del diagnostico fisiologico, si impara cioè a conoscere per bene l'individuo che abbiamo a trattare, e cominciamo a prendere atto di molti fatti patologici che per tempo conviene conoscere a scanso di errori ed equivoci.

Tutta l'esterna veste, tutto l'ambito del corpo vuol essere osservato, ma sopra alcune parti convien poi fissare più specialmente gli sguardi, come quelle che segni presentano più eloquenti, più numerosi, più frequenti, o più importanti di malattia: son la faccia, il collo, la mano, il piede, i genitali.

La fisionomia espressiva o stupida, naturale od alterata; l'occhio scintillante o spento, prominente più o meno, colla cornea o lucida, od opacata da arco senile, lo sguardo animato, vivace, o languido ed accasciato; la faccia turgida, espansa, rossa, calda; o enfiata per edema, smunta, pallida, contratta, fredda; il solco naso-labbiale poco tracciato o assai: i movimenti delle pinne del naso o regolari o convulsivi; il colorito e l'atteggiamento delle labbra, il parallelismo delle loro commessure; la tinta delle pomelle; la pienezza del volto o le scarnate fosse malari, temporali, intermascellari; le rughe, le smorfie, le contratture, le paralisi e altri segni ancora esprimono malattie diverse non solo, ma il grado di esse e 'l pericolo che minacciano e lo stadio cui sono arrivate.

Pel filosofo l'occhio e la fisionomia sono specchi dell'anima: pel medico sono il riflesso abbastanza sicuro e dichiarato di moltissimi stati fisio-patologici. Alcune malattie della pelle prediligono la faccia, sono l'acne, la gotta rosa, la pellagra, la risipola; altre dalla faccia incominciano, come è la rosolia volgare.

Vi sono malattie del cuore che si esprimono dalla faccia, detta perciò cardiaca. Quando si ha la conoscenza personale di un individuo, il giudizio di paragone fa sì che dalla faccia lo si riconosca tosto ammalato a primo intuito, e anche dai non medici: tutte le malattie croniche ed anche molte malattie acute nelle loro fasi più gravi lasciano forte impronta sulla fisionomia: la faccia ippocratica, descritta dal più gran medico dell'antichità, ha per sè l'appoggio della osservazione secolare; molti stati dell'animo si leggono nella faccia: per essa a prima vista si riconosce il lipemaniaco; l'amenomania, l'erotomania, il furore si svelano dalla fisionomia: il medico pertanto deve essere fisiomante!

Soventi meno accessibili, ma non meno importanti sono i criterii semejotici che si traggono dalla osservazione del collo; lungo, stretto, macilento con fosse e prominenze molto pronunciate ha ben altro significato che non quando è largo, corto, grasso; così quando è pieno nel mezzo da voluminosa tiroide, sui lati ed all' indietro da robusti muscoli, tutt'all'intorno da copiosa raccolta di adipe: egli è al collo che scorgonsi le ectasie venose, pulsanti o no, che sono sintomatiche di ostacolo al circolo cardiaco e polmonare; egli è qui che si mostrano obbiettive e chiare le esagerazioni dei battiti arteriosi che occorrono per molte cagioni fisiche e morali, fisiologiche e patologiche. Se si avesse maggior abitudine di esplorare le carotidi, non si troverebbe scritto, che il loro pulsare abnorme è speciale sintomo di alcune ma-

lattie cerebrali e del tifo, mentre può avvenire anche per un semplice patema d'animo, e nelle ragazze cloro-isteriche per il solo fatto dello avvicinarsi del medico.

Perchè non vi avvenga mai di tralasciare l'inspezione di questa importantissima regione del corpo, basti il notarvi che ivi troverete tumori e cicatrici che scrofole rivelano; ivi si trovano i muscoli scaleni che convulsivamente lavorano nelle più difficili respirazioni: ivi ai giugoli e fosse sopraclavicolari compaiono soventi le prime manifestazioni di una frequentissima eruzione cutanea, la migliare, e allora appunto quando la diagnosi ne è ancora incerta.

Anche la mano vuol essere specialmente rimirata nell'inspezione dell'abito esterno: si può dire fino ad un certo punto che la mano è l'uomo! ravida, callosa, grossa, robusta, nodosa nei lavoratori che molto l'esercitano; essa è delicata, liscia, stretta, allungata, sottile in opposte condizioni: grassa, rotonda, rossa, pienotta nei robusti e sani, la è scarna, appiattita, pallida nei deboli, nei cachettici, nei marasmatici: morbida ne'giovani, rugosa nei vecchi, la pelle che copre la mano può essere fina o spessa e quasi conciata, anemica o cianotica: il connettivo a volte essa ha infiltrato, e 'l circolo venoso superficiale per molte cagioni or più or meno tracciato ed evidente. Non sono poche le malattie che prediligono la mano — la pellagra, la scabbia, il crampo degli scrivani, la rogna così detta degli speziali, i geloni, i patereccì: ed è antica l'usanza di osservare il livido delle ugne per la diagnosi del periodo algido delle febbri.

Alcune professioni dalla mano si indovinano, tali quelle di suonatori di stromenti da corda, di scrivano, di cucitrice, di calzolaio, di muratore, di rematore, di fabbro-ferraio, di lavandaia, di conciatore, di cuoco, di tintore

e va dicendo: la varia tinta che prendono gli strati epidermici, e 'l vario loro spessore, le callosità in regioni diverse (1) dànno la chiave di queste ricerche, che se tanto giovano in medicina legale, neppure al clinico sono inutili, sempre quando p. e. occorra di visitare ammalati sconosciuti, che non sappiano o non possano darci gli opportuni ragguagli.

Sebbene di minore interesse, non è a trascurarsi l'esame del piede: piccolo, allungato, arcuato assai, esprime condizioni individuali assai diverse dal piede largo, grosso, appiattito: la direzione delle dita, la cheratosi circoscritta (Lebert), l'edema retromalleolare, il circolo venoso superficiale hanno importanza per il clinico; e v'hanno malattie anche speciali per i piedi: tali le torsioni congenite, le ammaccature per calzature strette e marcie forzate, il sudore puzzolento, la podagra, i pedignoni: alcune deformità del corpo nel piede assai bene si rappresentano: i cretini hanno i piedi piatti.

Le specialità di malattie che soffrono, la facilità e la frequenza con che le si nascondono e si vogliono tacere, fanno sì, che importantissimo sempre sia l'esame dei genitali: rispettabile certo è il senso del pudore che distingue specialmente l'altro sesso, ma quando la diagnostica fosse sacrificata a vergogna mal intesa, sarebbe un assurdo. Ogni pensiero men che nobile sia lungi dal medico: nelle sue più delicate esplorazioni sia dignitoso e proceda con tutti i riguardi: le opposizioni che fossero fondate sopra pregiudizi di bacchettoneria cadranno davanti

(1) L'abitudine della percussione colle dita, nel medico che vede molti ammalati, determina anche in esso lui una particolare callosità che si mostra all'apice dell'indice e specialmente del medio della mano destra.

alla scienza! Troppo essa è sublime per scendere nel fango!

Dicasi ciò che si vuole, ma gli è bene che il pratico s'addestri fin dalla scuola a conoscere furtive gravidanze e passati puerperii dalle cicatricole cutanee dell'addome e delle mamme, dal colore dell'areola e dallo sviluppo del capezzolo. Sono le pleiadi ghiandolari dell'inquine e le cicatrici, e gli ulceri, e i tubercoli e gli scoli e le vegetazioni che ci svelano pregresse o attuali infezioni sifilitiche o dissimulate ad arte, od anche per ignoranza taciute. Tumori erniosi, prolassi, varicoceli, ermafrodismo, anorchidia, cripsorchidia, castrazione sfuggirebbero al clinico senza questa esplorazione: per essa quando si trovi intatto lo imene o 'l naturale fimosi si può escludere l'avvenuto congresso venereo: il prepuzio circonciso mostra lo israelita: dell'amenorrea nella donna ci può dare ragione l'atresia vulvare, come or son due anni nella mia clinica ho trovato in una donna che più volte aveva figliato: la stessa sterilità, come ho visto in una signora che per istrana singolarità pur aveva sposato due mariti, può essere effetto di vaginismo, di iperestesia vulvare, di vera impotenza muliebre (1). Non credo dovere aggiungere argomenti per provare l'assunto mio. Sia pure che talune esplorazioni debbano essere fatte a modo e con qualche riserva; purchè all'uopo si facciano, e l'arte è soddisfatta nelle sue più legittime esigenze!

Esaminato l'abito esterno dell'ammalato nelle più im-

(1) Questa signora ebbe a consultarmi per sofferenze isteriche e una supposta malattia di utero: l'esplorazione fu impossibile per la strettezza del lume dell'ostio vulvare e per una vivacissima sensibilità delle parti. Un caso simile ebbi ad osservarlo non è gran tempo in una giovane donna insieme col mio assistente il dott. Bellini nella mia sezione dell'ospedale.

portanti regioni, cosa che coll'occhio esercitato e coll'abitudine si riesce a fare assai presto e senza urtare alcuna convenienza, viene il secondo tempo dell'esplorazione diagnostica, che ha pur esso i suoi precetti. Voglio dire l'*interrogatorio.*

Egli è interrogando i malati che si completa la serie di tutte quelle cognizioni che dall'inspezione esterna non si poterono avere intorno l'età più precisa, il paese natìo, la professione, lo stato civile, le abitazioni, l'ereditarietà, le abitudini di vita e di vitto, e tutto che abbia importanza speciale sotto il punto di vista eziologico. E ben si può asserire, che quanto meno sarà evidente e chiara l'espressione dell'abito esterno, tanto più inquirenti e moltiplicate dovranno essere le interrogazioni per conoscere lo stato abituale di salute e dell'individuo e della sua famiglia, degli ascendenti, dei collaterali, dei discendenti; e le malattie pregresse, e le influenze tratte dal mondo esterno, dal clima, dalla stagione, dalle regioni abitate, dagli alimenti, dalle bevande, dalla idiosincrasia individuale: la quale può essere congenita od acquisita, abituale e permanente; o accidentale e puramente temporanea, come nelle gravide p. e. avviene per rapporto a particolari capricci dello stomaco e dei nervi.

Egli è questo il lavoro di *anamnesi* propriamente detta, la quale deve essere distinta in fisiologica e patologica, in prossima e remota.

È anamnesi fisiologica remota quella che nelle donne si riferisce alla prima comparsa e successiva continuazione e cessazione della mestruazione, e alle gravidanze, ai parti, agli allattamenti; e nei due sessi al genere, al modo di alimentazione, alle principali funzioni, sonno, moto, quiete, atti generativi, secrezioni ed escrezioni alvine, orinarie, cutanee e va dicendo. Dati importanti tutti e relativi sempre, avvegnachè il più ed il meno,

in limiti abbastanza larghi, possano essere conciliati colla perfetta salute nei diversi individui.

Ella è anamnesi patologica remota quella che mette in rilievo tutte le precedenze morbose per istabilirne l'importanza, e quanto e quale sia il rapporto che le medesime hanno colla malattia del momento. L'ubicazione, la forma, la durata, il numero di questi morbosi precedenti, il metodo di cura col quale guarirono, i residui patologici che lasciarono, ecco ciò che si richiede da questa anamnesi.

Nè basta per lo più interrogare l'ammalato in genere sulle malattie già per lui sofferte, che per torsi la noia o per indifferenza o ad arte potrebbe rispondere in modo tronco e negativo; ma uopo è fare interrogazioni particolari sulle malattie che tolgono la predisposizione a nuovi attacchi delle medesime, quali sarebbero le febbri eruttive, la tosse asinina, fors'anche la febbre tifoide; e poi su quelle che più frequentemente occorrono, febbri continue ed intermittenti, reumatismi, catarri, elmintiasi, emorragie, infiammazioni, sifilide, rogna, scrofola, ecc. Ciò per molte buone ragioni.

Sonvi malati che dànno spontaneamente ragguaglio esatto di tutte le più minute particolarità delle malattie in precedenza avute, e alcuni, verbosi troppo, dicono anche più che non si voglia sapere; altri per contro per ignoranza, per apatia, per malizia, per vergogna tacciono delle cose le più interessanti per il clinico. Egli è in simili casi che il pratico deve fare anche il fiscale e scuoprire coll'arte quella verità che si potrebbe o si vorrebbe nascondere. Con un ben fatto interrogatorio non solo si fa dire ai malati ciò che amerebbero forse tacere, ma si possono mettere anche alla memoria fatti e cose facili a scordarsi o trasandarsi dal povero malato, che, privo del lume della scienza medica, non sa quanto profitto ne

possa trarre a tutto di lui bene il medico cui affida la sua salute e la sua vita!

Sì, giovani eletti, amo farvene fin d'ora persuasi; non è un'inutile curiosità scientifica, non è lusso diagnostico, non è per solo interesse scolastico che tante indagini vi sono raccomandate: per verità che basterebbe già lo scopo della istruzione vostra a mostrarvene l'importanza: ma v'ha di più; e questo supremo movente è la salute di chi soffre! *qui bene judicat bene curat*: per ben giudicare, per diagnosticare rettamente, per l'arte del guarire nessuna ricerca clinica può dirsi oziosa!

Il punto essenzialmente pratico dell'anamnesi remota gli è il rapporto che hanno le malattie precedenti colla malattia in atto: l'ultimo fatto morboso, l'intervallo che trascorse tra il medesimo e quello che conduce il malato a noi, la risoluzione avvenuta o no: se pace vi sia stata e vera, o lunga tregua, o armistizio soltanto e temporanea sosta, ciò è quanto importa sapere prima di passare all'anamnesi prossima: e ancor se identiche sempre, oppure variate sieno state la sede, la forma, la causa delle malattie che più d'una volta ebbero a ripetersi.

È ovvio il vedere quanto semplifichino il diagnostico tutte queste preparatorie operazioni. Esaurite che sieno, qualunque sia per essere il risultato della storia anamnestica, che potrebbe anche essere negativa, nelle persone che mai furono malate, con più sicuro passo si procede all'anamnesi prossima; la quale, secondochè trattasi di acuta o di lenta o di cronica malattia, può avere un punto di partenza ed una data più o meno antica, potendosi confondere colla stessa anamnesi remota, come nei casi di malattie inveterate ed organiche avvenir suole.

Eccettuati i casi di malattie accidentali, quasi mai avviene che il medico sia chiamato a vedere l'ammalato

nei primi, primissimi istanti della sua malattia: possono essere trascorsi settimane, mesi, anni. L'anamnesi prossima prima d'ogni altra ricerca deve far quella della data di origine del fatto morboso e insiememente delle cause che più ovviamente vi dettero luogo, e le condizioni speciali, le circostanze fra mezzo alle quali sviluppavasi. Quindi si deve occupare dei primi sintomi che come prodromi la indicarono , e se l'economia intiera o qualche località di preferenza sia stata colpita , e l'andamento tenuto, e i progressi fatti, e le alternative osservate, e la cura applicata; se pur alcuna ne fu fatta, mentre gravi o dure necessità portano spesso a trascuranza ed incuria ; lo sprezzo dei primi vagiti dell'organo che soffre non è ultima causa di molti e gravi malanni, e ciò vuol essere notato.

L'anamnesi prossima, se esatta, quale nelle malattie acute più specialmente si può ottenere , porta per se stessa ad una *diagnosi presuntiva* : e questa , sia più o meno esplicita, sarà sempre un mezzo di arrivare più sicuri alla *diagnosi definitiva*; o questa conferma la prima, e meglio tanto ; o la contraddice, e l'importanza di un esame diagnostico accurato , metodico , completo resta viemmeglio dimostrata per i facili errori delle diagnosi a colpo d'occhio, che agli indovini per vero, meglio che non ai clinici convengono.

Non io certo sprezzerò la *diagnosi di intuizione* : se colpisce nel segno essa mostra grande oculatezza ed esperienza moltissima : ma, oltrecchè la può condurre a sbagli grossi anche i provetti, ciascheduno comprenderà come non la si possa insegnare a' giovani che alla pratica si iniziano. Il diagnostico *d'emblée* vuol essere lasciato ai medici consumati nell'arte ; della loro potenza diagnostica non posso qui discutere , nè potendolo il vorrei ! ma in una scuola di clinica, se si tolgono le malattie del

tutto obbiettive, come una febbre eruttiva sarebbe p. e. al periodo di eruzione compiuta; il diagnostico che sorge dalla sola anamnesi prossima, non vale se non come argomento di maggiore o minore presunzione, atto a facilitare le ulteriori operazioni diagnostiche, a circoscrivere più specialmente il campo di osservazioni, a limitare e dirigere quelle indagini che per un completo e definitivo giudizio si richiedono. Qualche esempio renderà più chiaro il mio concetto.

Quando un malato ha febbre, dolore laterale, sputi rugginosi, ansietà e frequenza di respiro, raramente sbaglia chi diagnostica una pleuro-polmonite. Pure questo giudizio così semplice ed assoluto può non esser del tutto vero. Oltrechè il dolore può essere neuralgico, la emorragia effetto di congestione semplice, l'ansietà dipendente dalla intensità della reazione febbrile, abbiamo le febbri migliari p. e. abbiamo le perniciose che possono benissimo vestire nel loro principio tutta la forma della genuina febbre pneumonica.

Una febbre ardente e concitata con agitazione e delirio può imporne facilmente per una febbre cerebrale, per una vera meningo-cerebrite; eppure può esser l'effetto di atropismo, come in un caso di avvelenamento or sono due anni osservammo in clinica, o di alcoolismo, come spesso nei beoni accade, o di neurosismo puro e semplice come occorre di vedere in donne e ragazzi.

Una paralisi che dura da tempo può imporne per una condizione anatomo-patologica profonda, per una grave lesione di nutrizione dei centri nervosi, eppur tuttavia non essere che un fenomeno isterico che guarisce da sè!

Una neuralgia, una forma morbosa convulsiva, l'epilessia p. e. può stare quale rappresentanza sintomatica delle più svariate condizioni patologiche di questa o di quella regione del sistema nervoso, e dalle più opposte cagioni dipendenti.

La roseola può essere sifilitica, tifosa, o attinente ad infezione morbillosa: l'idrofobia è sintomatica di rabbia non solo ma di isterismo, di meningite: e facile sarebbe moltiplicare all'infinito gli esempi per mostrare la convenienza, l'opportunità, la necessità di un esame analitico accurato, lungo e minuto per arrivare ad una diagnosi scientifica, analitica, fondata, giusta, sicura, completa.

Quando la clinica era schiava al nosologismo ed anzichè ai fatti di propria osservazione si legava al diritto acquisito dei tipi nosologici nelle scuole ammessi, facile era la diagnosi intuitiva; e si concepisce che dovesse essere più che oggi frequente; la formola diagnostica restava abbastanza semplice, postochè la forma morbosa per lo più bastava, e soventi il concetto clinico non arrivava all'anatomia patologica. In allora le successioni morbose erano considerate per lo più come cose di importanza secondaria, se pure a volte non erano scambiate colla malattia principale; le complicanze soventi venivano messe a fascio coi sintomi; le simpatie, i consensi, erano tutto; la solidarietà fisico-chimica delle funzioni organiche male apprezzata o trascurata affatto. Ora la fisiologia e la anatomia patologiche hanno cangiato l'indirizzo della medicina clinica e basta osservare un medico al letto dell'ammalato per giudicare tosto se esso appartenga all'antica od alla nuova scuola.

Vuole codesta, e a buon diritto ne fa un precetto assoluto, che non la sola parte malata, ma tutti gli organi e tutti li apparati sieno esaminati; che non si badi alla sola funzione lesa o disturbata in modo principale, ma che tutte le si osservino quelle che contribuiscono a mantenere l'equilibrio dell'intiera economia animale.

Vario può essere l'ordine, ma unico è il metodo che si deve seguire: esaminare, vale a dire, tutte le parti, tutte le cavità splancniche, il capo, il tronco e le estre-

mità. O la postura anatomica o i rapporti funzionali possono essere presi come punto di partenza; dall'organo che soffre di più, se così vuolsi, puossi procedere agli altri tutti : ciò non monta, sarebbe pedanteria scolastica il volere essere esclusivi, quello che importa gli è che, lo ripeterò anche un'altra volta, l'universa economia sia osservata e nelle singole sue parti e nelle svariatissime sue funzioni.

Grande attenzione merita sempre e soventi prima d'ogni altro il sistema nervoso e ne' suoi centri e nella periferia: le esterne forme della teca craniana e dello speco vertebrale vogliono quindi essere attentamente ispezionate; e la sensibilità comune deve essere esplorata e i sensi specifici, vista ed udito in ispecie, e poi le funzioni della intelligenza, attenzione, percezione, associazione delle idee, memoria, immaginazione, esposizione verbale, sonno, quiete e moto. Questi sono i punti cardinali sui quali deve fissarsi il clinico per giudicare se vi sia malattia di questo o di quell'organo dei centri nervosi, e sino a qual punto essi prendano parte alle malattie di altri organi ed apparati. Algie, estesie, cinesie variamente rappresentano il modo di essere patologico dei nervi, e questi nella loro origine, nel decorso, nei punti di diramazione, nei luoghi in che si rendono più superficiali, nei rapporti che tengono colle funzioni delle parti cui si distribuiscono, vogliono essere esplorati.

L'interrogatorio di che già abbiamo discorso serve benissimo a darci un'idea della capacità intellettuale dei malati, e dello stato in che si trovano le varie funzioni cerebrali : egli è poi con ispeciali ricerche e adatte interrogazioni che possiamo arrivare a conoscere anche le più recondite tendenze istintive : la suscettibilità morale d'un individuo si prova con atti e con parole che toc-

cando le più sensibili corde l'obbligano a palesarsi intiero qual è: la sensibilità fisica si tasta con la palpazione, pressioni, pigiature, punture, e si misura coll'estesiometro di Sieveking: l'eccitabilità muscolare cogli stimoli diretti e riflessi, col galvanismo, colla corrente di induzione.

I grandi ed innumerevoli rapporti funzionali che col nervoso tiene il sistema vascolare e così nello stato fisiologico, come nel patologico, rende logico e naturale che l'esame degli organi della circolazione venga di conserva con quello degli organi di innervazione. Cuore e vasi, arterie e vene, vasi e ganglii linfatici, hanno ad essere osservati. Non dirò di proposito di questi ultimi dopo quello che ne ho toccato parlando dell'abito esterno, e dei tumori scrofolosi e delle pleiadi sifilitiche: d'altronde il loro valore semeiotico è assai circoscritto e limitato solo ad alcuni gruppi di particolari malattie: farò speciale parola del sistema in cui circola il sangue, come quello che in tutti i malati deve essere minutamente esplorato.

Così importantissima è la cardioscopia, che facciamo colla inspezione, colla palpazione, colla percussione, colla ascoltazione della ragione precordiale.

L'inspezione oculare ci rivela l'esterna forma dei precordii, e i rapporti proporzionali colle regioni vicine; la prominenza cioè a dire delle costole e cartilagini costali sinistre; la forma e la dimensione degli spazi intercostali, il punto dove batte l'apice del cuore e la maggior o minor estensione dell'urto cardiaco.

La forza, l'estensione, la sede dell'impulso viemmeglio ancora possono essere constatate ed esattamente calcolate colla diretta applicazione della mano, colla palpazione: la quale giudica e dell'urto cardiaco e del ritmo e della frequenza ed anche del timbro dei suoni cardiaci mas-

sime se cangiati in rumore, come nel fremito *calario* avviene.

La percussione è il miglior mezzo di delimitare colla maggiore esattezza possibile la ubicazione del cuore; l'area ottusa dei precordii spicca manifesta pel suono polmonare e stomacale delle regioni vicine.

L'ascoltazione conferma molti fenomeni riscontrati colle altre esplorazioni, la forza, l'estensione, la sede dell'impulso, la frequenza delle rivoluzioni cardiache, il loro ritmo, il timbro poi in ispecie e i suoni ed i rumori. Il tempo che questi durano, e l'atto di diastole o di sistole cui corrispondono, e la loro intensità e la loro sede a destra più che a sinistra o viceversa, in alto verso la base od in basso verso l'apice del cuore, e ancora il loro prolungamento in questa od in quella direzione, non altrimenti possono essere determinati che coll'applicazione dell'orecchio o diretta o coll'intermezzo dello stetoscopio; il quale mentre in alcune regioni è di più facile applicazione, serve ancora a concentrare e rafforzare viemmeglio le vibrazioni acustiche.

Tutti e singoli questi mezzi di esplorazione cardiaca anche isolatamente presi, servono ad assicurare alcuni punti diagnostici: riuniti rendono la diagnosi pressochè sicura; massime se coi segni fisici si raccolgono i sintomi razionali, se ai fenomeni obbiettivi fanno complemento i fenomeni soggettivi, se ai risultamenti dell'esplorazione attuale si associano i dati della storia anamnestica prossima o remota, se lo stato del centro della circolazione centrale si mette in rapporto collo stato della circolazione venosa ed arteriosa.

Antichissima è l'usanza di esplorare il polso; la frequenza, il ritmo, la forza delle pulsazioni arteriose vogliono essere dal clinico cercate, e non solo alla regione radiale, ma alle carotidi, alle temporali, alle iliache,

alla stessa aorta; importantissima cosa è la sfigmica, non tanto giova però alla diagnosi come da alcuni si è creduto e proclamato; a torto il volgo opina dipendere in massima parte l'abilità del medico dall'essere polsista più o meno intelligente; la dottrina dei polsi organici caldamente sostenuta dall'illustre mio predecessore il prof. Sachero, non è vera, non è applicabile che in pochissimi casi. Sono eccezionali le malattie, rare le ubicazioni, rarissimi i processi patologici che si possano riconoscere colla semplice esplorazione del polso: tali sarebbero l'ateromasia vascolare senile, la malattia di Corrigan, la miocardite acutissima, l'apoplessia, la colica e poche altre, che dànno specialità di polsi o stretti o tardi o frequentissimi, o uoti e saltellanti o duri ed irregolari. In genere si possono dire incerti i criterii diagnostici tratti dai polsi; e anche i criterii pronostici possono essere fallaci. La stessa sfigmografia tanto illustrata in questi ultimi anni dal Marey, non può farci dimenticare i segni ed i sintomi di ben maggior valore che si traggono da altre esplorazioni.

Il segno che più frequentemente torna utile studiare nella esplorazione del polso gli è la sua frequenza; molti stati fisio-patologici si misurano dalla frequenza del polso, calcolata, per maggior precisione e sicurezza, coll'orologio alla mano. Comprende ciascuno come sieno più esatte le cifre di 40 — 50 — 60 — 80 — 100 — 140 pulsazioni per minuto, che non i semplici qualificativi di polsi tardi, lenti, frequenti, celeri, frequentissimi. Non ignoro la distinzione che si fa dagli sfigmici tra la celerità e la frequenza, la tardità e la lentezza del polso, ma il volere distinguere la rapidità della pulsazione da quella che si riferisce alle pulsazioni successive, può sembrare a volte una sottigliezza scolastica, dovendo in realtà essere celere il polso frequentissimo e tardo quello che batte lentissimo.

Un appunto che si può in genere fare agli sfigmici, gli è di avere troppo trascurata l'esplorazione della circolazione venosa; il polso venoso delle giugulari e dello stesso fegato in alcune viziature di cuore, e quello che si trova nelle varici aneurismatiche; le ectasie venose di varie regioni del corpo, del collo, del torace, delle pareti addominali, del cordone spermatico, delle estremità inferiori; le congestioni venose viscerali polisplancniche: gli edemi, che per difetto di assorbimento interstiziale troviamo ogni qualvolta per difficoltà di circolo aumenta la pressione vascolare venosa; sono altrettanti fenomeni e segni e sintomi che dimostrano quanto importi l'esplorazione della circolazione venosa; basti il dire che alcuni di essi a volte acquistano un valore per la diagnosi quasi sicuro e patognomonico.

Osservando la circolazione, il clinico non può a meno di fissare la sua attenzione anche sulla respirazione, colla quale la grande circolazione sta più o meno equilibrata, e la piccola circolazione è intieramente collegata.

L'inspezione oculare e tattile, la misurazione, la percussione, la ascoltazione, la succussione, la spirometria sono i mezzi di esplorazione degli organi respiratori; si aggiungono i criterii sempre importantissimi che si possono trarre dall'esame macro e microscopico degli sputi.

Coll'inspezione esatta e minuta delle varie regioni del petto se ne riconoscono e forma e dimensioni, gibbosità e fosse, movimenti e struttura. Lo sviluppo delle mamme, il parallelismo dei capezzoli, il pannicolo adiposo succutaneo e la macilenza, lo sviluppo muscolare, l'infiltrazione, le solcature intercostali, le prominenze naturali, tutto vuol essere notato colla inspezione toracica, e massime il modo, la frequenza, la regolarità, la facilità con cui si compiono gli atti respiratori: e se l'inspirazione

sia o no profonda, parziale o totale, naturale od ansante, e se l'ammalato stia coricato o seduto, prono o supino, dall'uno o dall'altro lato di preferenza; la dispnea, l'ortopnea, la tosse, l'angoscia, l'affanno sono rappresentanze fenomeniche fisio-patologiche da tutti i tempi conosciute: la frequenza del respiro i moderni usano numericamente calcolare: e per vero quando si parla di 18, di 25, di 30, di 40 respirazioni per minuto, si ha un linguaggio assai meglio definito che non accennando vagamente a più o meno di frequenza, termini relativi e anche facilmente equivoci.

Però oltre alla frequenza del respiro vuolsi attendere al suo ritmo e regolarità ed ai rapporti tra l'in e l'espirazione, che nella tubercolosi al primo periodo p. e. e nell'enfisema polmonare possono essere segni preziosissimi. Egli è dopo la scoperta di Laennec che questi rapporti ritmici proporzionali si possono facilmente apprezzare coll'orecchio solo od armato dello stetoscopio. Il mormorìo vescicolare naturale od esagerato, il soffio bronchiale, la espirazione prolungata, i diversi rantoli, i rumori secchi, il fregamento pleurale, la trasmissione della voce toracica sono altrettanti fenomeni fisici che nella varia espressione di più e di meno, di chiaro ed oscuro, di manifestazione positiva o negativa riescono d'incontestabile utilità clinica.

E lo stesso si dica della percussione : battendo il torace là dove loggia il polmone, se questo è disteso da aria il suono che ne risulta è chiaro e pieno; ottuso e uoto in opposte condizioni di spandimenti pleurali, di induramento polmonare, di infiltrazione tubercolare e va dicendo : sopra questo fatto semplicissimo ed ovvio, che nella nostra scienza rende onorato il nome di Auembruger, si fonda gran parte della diagnostica delle malattie del polmone in altri secoli oscurissime.

Più circoscritta è l'applicazione clinica della toracometria, della succussione detta Ippocratica, della spirometria, tuttavia quando si volesse determinare la capacità respiratoria dei polmoni, o la presenza di una raccolta idroaerea, o di un versamento pleurale, anche questi mezzi di esplorazione diagnostica diventerebbero preziosissimi; come eglino sono alla lor volta in altre speciali malattie gli sputi rugginosi e sanguigni, quelli che contengono fibre elastiche, cellule epiteliali infiltrate di grasso, produzioni tubercolari, melanotiche e via dicendo.

Colla ascoltazione, colla percussione del petto si può determinare l'altezza cui arriva il diaframma e il volume così del fegato come della milza e del ventricolo, e di una porzione dell'intestino : visceri più o meno facili ad essere esplorati colla percussione, colla palpazione, colla inspezione delle varie regioni addominali ; con questi mezzi il diagnostico delle malattie ventrali non è guari difficile, massime se per rapporto al tubo gastro-intestinale si bada al suo modo di esercizio funzionale, all'appetenza, alla sete, alla digestione, alla defecazione, al moto peristaltico, alla sensibilità e via via.

Catarro buccale, pirosi, acidità, flatulenze, meteorismo, vomiti, diarrea, tenesmo, coliche, coprostasi, emorragie sono fenomeni abbastanza ovvii di malattia. L'apparato digerente ha il vantaggio della obbiettività nella prima come nell'ultima sua porzione e per tutti i suoi prodotti di escrezione che possono essere variamente osservati, analizzati e cimentati. In nessuna delle sue parti l'esplorazione è propriamente difficile : sfuggono è vero all'esame diretto e l'esofago per il tratto toracico. e il duodeno profondamente allogato nella zona addominale sopra ombellicale, ma la disfagia e l'afagia pel primo, la pletora biliosa pel secondo sono preziosi segni diagnostici.

Del pancreas non parlo, le sue malattie non hanno per ora forme cliniche distinte.

La profondità della sede anatomica rende difficile l'esame dei reni, ma per compenso abbiamo il prodotto della loro secrezione che ci cade sotto i sensi; dalla qualità del prodotto si indovinano le condizioni dell'organo produttore: di qui l'uroscopia che nelle scuole cliniche moderne ha acquistata un'importanza anche maggiore che non abbia avuto mai per lo passato.

L'esame della quantità, della temperatura, della densità, della reazione acida, alcalina o neutra, il colore del pigmento, la natura del sedimento: le osservazioni microscopiche che vi mostrano sangue e sperma e epitelii e grasso e cilindretti di fibrina e cristalli: le esplorazioni chimiche che vi rivelano albumina, zucchero, bile, urea, urati, solfati, cloruri, fosfati, costituiscono una serie di operazioni uroscopiche che nella diagnostica generale e speciale delle malattie renali hanno una portata immensa. Basterebbe la necessità dell'uroscopia per mostrare la convenienza e l'opportunità di un gabinetto chimico e di uno studio di microscopia accanto alle sale di clinica.

L'esplorazione termometrica delle orine al momento di loro emissione è un mezzo sicuro di riconoscere la temperatura del corpo: questa però in genere si misura portando la boccetta del termometro nelle aperture naturali, o semplicemente, ciò che riesce più commodo e più decente nelle giornaliere esplorazioni, mettendola profondamente nelle regioni ascellari ed ivi lasciandola fissa col braccio in forzata adduzione per 10 o 12 minuti: Wunderlich vorrebbe anzi per 20 minuti, appoggiando il precetto sopra migliaia di esattissime osservazioni.

Il termometro centigrado di Celsius colla sua curva è a questo scopo adattatissimo, senza recare grande disturbo

per gli ammalati anche aggravati, ma vuole molta diligenza e attenzione e riguardi per chi l'adopera. Il termometro è stromento che moltissimo contribuì al positivismo della clinica moderna: la febbre per esso si può diagnosticare esattamente in tutti quei minimi gradi che sfuggirebbero all'esplorazione grossolana della mano: oramai non si ha a parlare più di calore poco o molto, temperato od urente, ma la temperatura si definisce con gradi e numeri determinati, come pel polso e per la respirazione si fa.

Alle espressioni di febbre moderata, calor febbrile, pelle calda, febbre ardente con che in altri tempi solevansi definire li stati morbosi che con aumento di temperatura si rivelano, venne sostituito un linguaggio in cifre; i 38 — 39 — 40 — 41 — 42 gradi, e le loro frazioni ancora, indicano esattamente le varianti che occorrono nei varii periodi della malattia, nelle varie fasi, nelle varie ore del giorno, nei diversi individui: se attenta è l'osservazione il risultato è positivo.

La maggior precisione del linguaggio poggia tutto sulla maggiore esattezza delle osservazioni, delle ricerche, delle esplorazioni cui tendono i continui sforzi della clinica moderna. Ho parlato già di molte operazioni diagnostiche e quasi non ho detto ancora che delle generali; molte cose aggiungere dovrei se nelle specialità dovessi entrare; il riscontro uterino e 'l rettale: l'esplorazione collo speculum dell'utero, dell'ano, della bocca, dell'orecchio: la rinoscopia, la laringoscopia, l'oftalmoscopia, il cateterismo uretrale e della tuba eustachiana, l'endoscopio del Desormeaux, sono altrettanti mezzi di esame che nelle malattie degli organi speciali cui si riferiscono tornano profittevolissimi, massime in mani esercitate.

Nulla oramai vuolsi tralasciare, nulla da cui qualche luce

diagnostica si possa avere : nulla che possa indicarci lo stato anatomico o 'l modo di esercizio funzionale degli organi malati : nulla che valga a rivelarci le condizioni dei solidi e la crasi dei liquidi animali ; non solo l'orina e le deiezioni alvine e i prodotti del vomito e quelli della espettorazione, ma lo stesso sangue e tutti gli umori di secrezione si esaminano macro e microscopicamente. Egli è colla scorta dell'ematologia che condizioni patologiche vennero conosciute, attinenti a forme cliniche meno bene definite, clorosi, leucemia, melanemia e molte altre. Egli è osservando i prodotti morbosi che alla pelle e sulle mucose si mostrano, che vennero conosciute molte malattie parassitarie : la rogna, il funghillo , il favo.

Formola diagnostica. — Dal rapido cenno che vi ho fatto delle fonti diagnostiche credo possiate comprendere per quali e quante vie si arrivi alla conoscenza dello stato morboso , della sua sede , dell'indole sua , delle cagioni da cui dimana ; la formola diagnostica non è altro che la sintesi ultima di tutto l'esame clinico. A rigor di termine in essa si dovrebbe comprendere l'organo che soffre, il come soffre, ed il perchè soffre ; in tanta difficoltà di argomento però e colle pur troppo ancor molto ristrette cognizioni che possiede oggigiorno la scienza clinica, ciò non è possibile sempre.

Sonvi forme morbose la di cui condizione anatomo-patologica non è ben determinata per la sede e nemmeno per l'indole e natura : non poche cause sfuggono alle nostre indagini; il perchè gli è giuoco forza attenerci a volte alla diagnosi formale dei tipi nosologici conosciuti, notando poi nella formola diagnostica la malatttia principale e le più rimarchevoli sue complicazioni e le stesse affezioni secondarie, quando prendono tale un'imponenza da meritare specialmente l'attenzione del medico.

L'esame analitico degli ammalati, l'esplorazione minuta di tutti gli organi e di tutti gli apparati potrebbe però, giova notarlo, rendere la formola diagnostica troppo più lunga che non si convenga, se in essa si volessero comprendere tutti i fatti anatomo-patologici quà e colà localizzati, e tutte le funzioni che si allontanano dalla normalità fisiologica ; in tali casi basterà cennare la malattia radicale o quella che devesi considerare come anello primo della lunga catena morbosa. Sarebbe impossibile ad es. in una sola formola diagnostica comprendere tutte le organopatie di un'isterica, di un cardiopatico, di un febbricitante; ma quando si scriva — Isterismo con neuralgie o con accessi convulsivi — Cardiopatia organica con catarri ed idropi secondarie — Febbre o continua o intermittente o semplice o eruttiva o perniciosa o infiammatoria o tifoidea, con localizzazione al capo, al petto, ai visceri addominali — colla denominazione del genere di malattia e poche aggiunte di complemento indicante la specie, si avrà, se non in una, in poche parole espresso un concetto diagnostico abbastanza conciso e completo.

Egli è il memoriale storico che deve poi entrare in tutte le minute particolarità del fatto.

Un'eccezione vorrei fatta per le malattie di causa ben determinata, comune, speciale o specifica, che per ovvie ragioni meriterebbe di essere cennata nella formola diagnostica.

Le flogosi traumatiche, le malattie sifilitiche, i processi patologici da infezione suppongasi morvosa, o cadaverica, gli avvelenamenti acuti o lenti, l'alcoolismo e tutti i mali dal piombo, dal rame, dal mercurio prodotti, per tacere di altri veleni, vogliono essere specialmente nominati.

Parlando di operazioni diagnostiche e della formola che ne è la conseguenza, uopo è pensare a tutte le pos-

sibilità. Arriva non tanto raramente che una formola diagnostica assoluta e ricisa non si possa pronunciare o perchè l'esame dei malati per qualunque ragione non si è potuto fare con sufficiente esattezza, o perchè l'evoluzione patologica non è completa ancora, o perchè manca la notizia del criterio causale, o perchè si vuole attendere l'ultimo dei criterii diagnostici, quello dedotto *a juvantibus et lædentibus*. In tali casi la diagnosi deve essere *sospensiva*, rimessa vale a dire ad ulteriori osservazioni che sono poi l'oggetto del

Diario clinico. — Chiunque intenda studiare i fatti morbosi ed osservarli quali essi sono realmente, senza alcuna idea aprioristica e teoretica, quegli deve tener d'occhio l'andamento, le fasi delle malattie dal loro principio all'ultimo esito, con tutte le successioni morbose, comprendendo anche il periodo della convalescenza, che non è degli altri meno interessante.

Ciò importa massime nelle malattie acute, in cui rapide e prontissime sono le evoluzioni di incremento, di stato, di decrescenza, di terminazione; e anche nelle malattie croniche, quantunque quelle a più lunghi intervalli succedano, presentano un campo aperto a bellisime osservazioni.

La continuità e l'intermittenza e la remittenza, il miglioramento, il peggioramento, la stazionarietà, i cangiamenti di forma, i cangiamenti di sede, la persistenza di alcuni fenomeni, la mobilità di altri, i rapporti di taluni effetti con determinate cagioni, l'azione degli agenti terapeutici, sono altrettanti argomenti di giornaliere annotazioni nel memoriale clinico.

E tanto più, che per quantunque con rigor di metodo sia fatto lo esame degli ammalati alla prima visita, pur tuttavia accade, e bene spesso, che solo dalla paziente e continua osservazione ulteriore si scoprono tali dati e

circostanze, che possono essere da tanto da far modificare la diagnosi primitiva. *Errare humanum est*, e in clinica nessuno sarà per vantarsi mai di essere tanto mondo di colpe e falli, da scagliare la prima pietra agli errori altrui. Il clinico che sbaglia mai è come l'araba fenice; per conseguenza chi falla meno sarà sempre il migliore.

Ed è appunto per errare il meno possibile che si richiede il memoriale storico delle osservazioni giornaliere: a prezzo soltanto di tutto osservare e di prendere annotazione di tutto, si può dalla clinica imparare la fisio-patologia. Parrà improbo, parrà faticoso lavoro, e non parlo a caso, ma sostengo che proficuo lo è senz'altro. Per me son convinto che senza diario clinico le osservazioni che si raccolgono sono poco significanti, incomplete, monche, inconcludenti, più che storie, romanzi !

L'esegesi clinica in ultimo non può essere fatta che a malattia compiuta e quando la si potè studiare in tutta la sua parabola; in allora soltanto l'esposizione storica del fatto morboso può essere fatta con concisione e precisione, allora soltanto sono permessi e riescono utili i commenti. Ogni e singola osservazione clinica può servire di base a corollari fisio-patologici, i quali, come gli è ben naturale, saranno tanto più logici e importanti, quanto più dipenderanno direttamente ed unicamente dal fatto, ben osservato in tutte le sue particolarità, in tutte le sue fasi, in tutta la sua pienezza. Belle e rimarchevoli sono le epicrisi infiorate di scelta erudizione, ma questa sarà sempre una vana pompa, uno sfarzo inutile, quando non valga a confermare la fattispecie di che si narra o non abbia con essa grande affinità.

Per altra via si va nell'astratto, si entra nel campo teoretico e speculativo, e il concetto clinico e l'esegesi restano falsati : questa deve sorgere dall'osservazione sola: i commenti puramente dottrinali non ci hanno proprio

che fare ; essi nella esposizione dei fatti clinici possono sembrare un fuor d'opera e atti piuttosto a mostrare l'ingegno e l'immaginazione dello espositore che la scienza pratica e l'attitudine sperimentale del medico osservatore! Così la penso !

Signori !

Nello esprimervi questi concetti clinici generali doppio scopo mi proposi : 1. di farvi in certo modo il programma del mio insegnamento ; 2. di mettervi anche sott'occhio i vostri doveri al letto del malato, come raccoglitori di fatti clinici atti ad istruirvi nella medicina pratica. Esame obbiettivo — anamnesi remota e prossima — diagnosi presuntiva — analisi dello stato presente — formola diagnostica definitiva — memoriale o diario clinico — esegesi. Eccovi una serie di operazioni che ben eseguite nello studio dei fatti morbosi vi renderanno degni medici davanti la scienza e davanti alla società ! Siate operai attenti, laboriosi, diligenti, come siete giovani intelligenti, studiosi, e colti, e certo non fallirete allo scopo, non verrete meno alla missione vostra !

Con tutte le forze dell'animo mi farò vostra guida : gli aiuti miei coopereranno meco: e quando cinto il serto dottorale correrete il pallio ; quando avrete raggiunta la meta, che bella e brillante vi auguro, quanto la potete desiderare; possa ricorrervi alla mente quest'istituto clinico ! Non sarà poca la mia soddisfazione se vi avrete raccolte utili cognizioni di medicina pratica, di questa scienza eminentemente umanitaria e sociale !

I.

Brevi cenni economico-amministrativi sull'Instituto medico-clinico.

Nell'anno scolastico 1864-65 la Clinica medica torinese subì notevoli modificazioni nel suo organamento: modificazioni ch'io non esito a considerare quale un passo nella via di progressivi miglioramenti.

Prima di tutto il numero dei letti assegnati ai professori di medicina pratica fu notevolmente accresciuto: erano 14 (1) e furono portati a 24. Continuando ad essere due le scuole e due i Direttori della clinica medica, in complesso rimasero 48 i letti, che la Veneranda Amministrazione dell'Ospedale maggiore di san Giovanni Battista e Città di Torino, per un novello accordo colla Autorità scolastica superiore, venne a concedere per la istruzione medico-pratica; e fu gran bene!

I 48 letti, 24 per gli uomini e 24 per le donne, furono divisi per modo tra i due Direttori clinici, da evitare il lamentato sconcio pria esistente, per la necessità

(1) V. il mio rendiconto per gli anni 1862-63, 1863-64, pag. 6.

in che si trovavano i Professori di scambiarsi i malati dei due sessi alla metà dell'anno scolastico (1).

Però 24 letti per una policlinica, amo dirlo, non sono sufficienti: se il Professore vuole, come deve, occuparsi non solo delle malattie acute, ma delle lente e delle croniche: se non vuole rinunziare allo studio del periodo di convalescenza de'morbi acuti, il che sarebbe male: se agli studiosi i malati devono essere presentati non come oggetti di semplice e fuggevole esposizione, ma come soggetti di vera osservazione; la quale per riuscire proficua deve essere lunga e continua: se, come da noi, l'insegnante deve tenere in clinica anche gli ammalati, non direi incurabili, ma inguaribili, cosa che ha pure i suoi vantaggi per l'insegnamento pratico; se non si vuole ad ogni momento vedere arrestato il movimento clinico: egli è necessario un numero doppio. Bene ebbi a convincermene nell'anno clinico di cui discorro.

Per un infortunio domestico che colpiva nel più vivo del cuore il bene amato mio collega prof. Girola, Condirettore di clinica, egli, dopo due soli mesi di scuola o poco più, con rincrescimento di tutti, lasciava l'insegnamento pratico come troppo faticoso al travagliato suo spirito, ed attenevasi alle sole lezioni di patologia speciale; pella rimanente parte dell'anno scolastico ebbi perciò a reggere tutto l'Instituto clinico, meno una piccola parte (8 letti) dall'Autorità scolastica concessi al prof. Nicolis per il suo corso speciale di clinica delle malattie di petto (2).

(1) V. la stessa mia scrittura alla pagina già citata.

(2) Duole che questo insegnamento non abbia potuto essere continuato nelle comuni sale dell'Ospedale di S. Giovanni, dove, come assistente prima, poi quale medico ordinario, l'amico e collega mio per molti anni addestrò la gioventù

Fu un totale di 40 letti, che mi permise di ammettere nella mia Clinica, durante questo solo anno scolastico, un numero maggiore di ammalati che non avessi avuto nell'antecedente biennio.

A questo maggior numero di malati contribuì per altro ancora la più lunga durata dell'anno clinico. L'anno accademico, come al solito, terminava a tutto giugno, ma l'Instituto clinico fu tenuto aperto sino al 15 di agosto.

Devo alla gentilezza dell'egregio sig. Direttore dell'interno dell'ospedale, il cav. Canonico Stanislao Gazelli di Rossana, ed alla personale deferenza che si compiacque dimostrarmi, se ho potuto ottenere in parte ed in via di favore ciò che credo però dovrebbe essere naturale diritto del Professore.

Io non so comprendere come uno Istituto scientifico abbia a chiudersi mai; sta bene che cessi la scuola, ma dovrà il Professore cessare dallo osservare, dallo studiare, dallo sperimentare per quattro lunghi mesi di vacanza? Lunga troppo è l'arte, ed è troppo breve la vita, perchè a Chi deve insegnare la medicina pratica, per un buon terzo dell'anno solare si abbia a precludere la principale sorgente della sua educazione, che nelle infermerie appunto si trova. Ecchè? dovrà l'insegnante di clinica essere messo nella quasi impossibilità di ben conoscere le malattie estive e le autunnali? Arrogi che per gli esami di clinica uopo è che nel luglio le sale cliniche sieno sotto la direzione dei Professori; e che tutto l'organamento d'un servizio ospedaliero, specialmente nel basso servizio, soffre assai da queste interruzioni. Eppure così fu sem-

studiosa agli utili esercizi pratici dell'ascoltazione e della percussione: duole solo per ciò, che così venne diminuito il materiale di istruzione nelle cliniche generali.

pre..! Egli è sperabile però che così non sarà per l'avvenire, quando pur piaccia a Chi regge la pubblica istruzione di esaudire i voti di chi insegna, e insegnando vuole tener viva la fiamma della scienza anche duranti le autunnali vacanze, nell'interesse generale d'un ben regolato servizio, a benefizio di tutti, allievi e maestro (1)!

Altri miglioramenti furono introdotti nelle attribuzioni del personale della scuola; agli aiuti, oltre le antiche, nuove incombenze furono date: l'uno fu specialmente applicato alle osservazioni chimiche e microscopiche nel laboratorio clinico: a questo incarico molto lodevolmente soddisfece il dott. Domenico Chiara. Il dott. G. B. Dolca colla provata sua diligenza ed esattezza tenne cura dei registri e della statistica. E un aggiunto venne creato nella persona del dottor Orazio Barberis, che, con opera intelligente e zelo, tanto più commendevole in quanto che non retribuito, attese alla non interrotta redazione del diario clinico.

Al quale furono ancora destinati otto allievi liberi, che per turno settimanale prestarono gratuito servizio nelle infermerie per la scritturazione delle prescrizioni medicamentose, per la redazione delle storie de' fatti morbosi, e per tutte

(1) Credo cosa conveniente avvertire che tratto quivi una quistione di puro principio. In fatto, e per quello che mi riguarda, grazie alla condiscendenza dei signori Amministratori dell'Ospedale, nella mia qualità di medico ordinario dell'Ospedale medesimo, continuo ora ad avere la direzione sanitaria dei malati coricati nell'Instituto clinico anche duranti le vacanze estivo-autunnali. Per questa concessione, fattami con ordinanza del 27 giugno 1867, e per le lusinghiere espressioni con che la medesima fu concepita, io sento il dovere di ringraziare pubblicamente l'Amministrazione spedaliera, cui mi trovo pertanto legato con nuovo titolo di personale riconoscenza.

quelle minute esplorazioni termometriche, urometriche, sfigmiche che in una scuola clinica si ricercano. Questi studenti volonterosi, e senz'altro compenso che quello loro ridondato della più soda istruzione pratica ricevuta, prestarono regolare e lodevolissimo servizio per tutto l'anno scolastico. A loro elogio pertanto amo qui scrivere i nomi dei signori Alloati, Ambrogio, Bocca, Bogliolo, Garbarino, Musso, Pagni, Prades, confidando che nell'interesse del clinico Instituto che ho l'onore di reggere, per l'utile dello insegnamento e della scienza, quei generosi giovani troveranno sempre imitatori nei loro successori!

Accennando al personale dell'Instituto clinico devo avvertire che il medesimo non potè però funzionare più oltre l'anno accademico. Terminato il giugno ne fu escluso, e fu sommo favore, se in luglio e agosto io m'ebbi l'aiuto del dott. Vignolo-Lutati assistente dell'Ospedale. Della sua intelligente e volenterosa cooperazione non ebbi che a lodarmi, ma in allora ebbi appunto a convincermi viemmeglio che ai bisogni del servizio di un clinico Instituto è necessario un numeroso personale; è impossibile che un solo assistente basti a tutto.

Considerando le sale cliniche quale un grande laboratorio di scienza, evidentemente sono necessarii molti funzionari ed operai: senza di questi egli è materialmente impossibile trarre partito utile dagli immensi materiali scientifici che vi si raccolgono.

Il personale che funzionò nell'Instituto clinico durante l'anno accademico 1864-65 soddisfece ai più sentiti bisogni, massimamente per i servigi più umili, ma non meno importanti che vi prestò ancora un infermiere capo, che ad un tempo disimpegnò i doveri di inserviente nel laboratorio: ma tutto ciò non basta per anco e qualche riforma ci vorrebbe tuttavia nel basso servizio, massime

nella infermeria delle donne (1): e un farmacista dovrebbe essere addetto allo Instituto clinico incaricato della confezione non solo e spedizione, ma della stessa scritturazione dei medicinali, per evitare ogni possibile errore a pregiudizio degli ammalati (2); e qualche maggior estensione di locale potrebbe rendere più facili e regolari e ordinate molte parti del servizio (3); queste aggiunte, amo sperarlo, saranno opera del tempo!

(1) Il basso servizio di infermeria nell'Instituto clinico risultante di 48 letti vorrebbe essere fatto da sei infermieri, tre maschi e tre donne con turni regolati per modo, che due, un maschio ed una donna avessero il servizio diurno, altri due il servizio notturno e due godessero del necessario riposo. Se lo scambio dei turni coincidesse coll'ora delle visite, chi monta e chi scende la guardia potrebbe essere ad un tempo presente alle medesime, per dare i voluti ragguagli e ricevere gli ordini opportuni, e ciò tanto nelle sale maschili come nelle femminili.

(2) L'utile di questa proposta gli è chiarissimo a chiunque consideri che una cifra sbagliata o male scritta o male interpretata, sia riguardo al numero dei letti come per riguardo alle dosi dei medicinali, può dar luogo a deplorabili avvenimenti. Il farmacista, in genere parlando, ha miglior calligrafia degli allievi di medicina, e nelle visite, non essendo come questi d'altro preoccupato, può meglio attendere al fatto suo. Per convincersi di questa verità basterebbe consultare i quaderni scritti dai farmacisti e quelli scritti nell'anno scolatico da allievi medici.

Egli è sicuramente necessario che questi imparino a scrivere ricette e formolare mediche prescrizioni; ma questo effetto si ottiene intiero facendogliene loro tener copia nel diario clinico, dove un errore può essere facilmente corretto e non ha conseguenze per la salute degli infermi.

(3) Una parte del personale, o l'aiuto, o l'infermiere capo, o li allievi dovrebbero avere stanza attigua alle sale cliniche: la regolarità, la puntualità, l'assiduità del servizio in molte parti che hanno attinenza ai bisogni della scuola, dipendono da questa desiderabilissima riforma.

Gli è proprio di tutte le umane instituzioni di farsi, rifarsi, correggersi, ampliarsi, perfezionarsi, sempre gradatamente: e così avverrà anche dell'Instituto clinico cui per amore e per dovere consacro tutto il mio pensiero; purchè come desidero, gli sieno propizi gli uomini di Governo che all'Istruzione provvedono: e anche gli Amministratori spedalieri dai quali dipende la casa nella quale l'istruzione medico-pratica si ricetta. Quelli amerei persuasi dei grandi vantaggi di una scuola clinica ben ordinata, libera, senza precarii, e fornita di tutto il materiale ed il personale che le occorre. Questi desidererei convincere sempre più, che secondando e favorendo l'istruzione pratica dei medici, eglino provvedono al pubblico bene, e più facilmente raggiungono lo scopo caritatevole ed umanitario che li sospinge, la salute dei miserelli che soffrono per malattia.

Ma forsechè le mie parole suoneranno così alto da avere l'effetto che mi proposi nel consegnarle a queste carte! Sono bisogni, sono desiderii, sono aspirazioni, sono voti, sono speranze!

Nello esprimerli al pubblico, come in privato ufficialmente già ne dissi, sento di avere compiuto un dovere e ciò basta per soddisfare l'animo mio: alla effettuazione, alla realizzazione delle sospirate provvidenze economico-amministrative dell'Instituto clinico altri deve pensare... e vi pensi! Io raccogliendomi ora nella sfera di mia speciale giurisdizione, do passo al resoconto di quanto osservai nella mia clinica nell'anno accademico di che discorro.

II.

Notizie cliniche generali.

Movimento degli ammalati curati nell'Istituto clinico durante l'anno scolastico 1864-65.

Dal 2 dicembre 1864 a tutto il 15 agosto 1865 gli ammalati entrati in Clinica furono $\frac{\text{uomini } 169}{\text{donne } 116}$ totale 285: nel biennio antecedente il numero complessivo dei ricoverati era stato di $\frac{\text{uomini } 135}{\text{donne } 134}$ totale 269: quindi l'attuale resoconto, tuttochè annuo soltanto, comprende una cifra di ammalati superiore di 16 alla cifra biennale altra volta per me pubblicata. Calcolando soltanto il rapporto proporzionale al diverso quantitativo dei letti disponibili, ed alla diversa durata dell'anno clinico, l'aumento avrebbe dovuto essere anco maggiore, se non fossero concorse altre circostanze, che per un esatto calcolo statistico vogliono essere apprezzate, e delle quali dirò più sotto.

Dando uno sguardo alle cifre relative ai due sessi, è rimarchevole come il maschile, rappresentato dal N. 169, superi il femminile (116) di oltre un quinto. In parte ciò dipende da che per oltre due mesi, in sul principio dell'anno scolastico, quando una sola sezione dell' istituto era per me diretta, e composta di 20 letti, 12 erano nella sala uomini, e 8 nella sala donne. Al mio collega essendo però toccata l'inversa proporzione dei due sessi, quando le due sezioni furono riunite sotto la mia direzione, restò equiparato il numero dei letti pe' due sessi; indi ne viene che la differenza tra i ricoverati uomini e

donne non sarebbe stata tanto rilevante, se un'altra ragione già per me notata nel primo mio rendiconto non vi avesse concorso, voglio dire la varia permanenza nell'ospedale dei due sessi.

Ecco il quadro dimostrativo di questa verità :

Sesso	*giorni di perman.*	*permanenza media*
Uomini 169	4457	26, 36[100
Donne 116	3848	33, 17[100
Totale 285	8305	29, 17[100

Si rileva da queste cifre, che la permanenza media maschile fu notevolmente minore e la femminile assai maggiore della permanenza media generale o complessiva. La spiegazione di questo fatto fu per me altra volta cercata: per non ripetermi rimando il lettore che amasse averne contezza al citato mio lavoro (pag. 11, 12, 13). La permanenza media generale rappresentata da 29, 17 è in questo quadro statistico notevolmente superiore alla cifra rappresentante la medesima permanenza media generale nel mio precedente rendiconto (19, 37[100).

Il fatto dipende in massima parte dal maggior numero di malati cronici curati in Clinica, e dalla maggior tolleranza della loro presenza nello Instituto: basti notare che alcuni vi rimasero anche oltre 5 mesi : furono le abituali neurosi, le antiche dermatosi, le cardiopatie, le pneumopatie a lento e cronico decorso, che resero più lunga la permanenza media. A comprova di quanto asserisco non sono senza interesse i seguenti quadri relativi alle giornate di permanenza in rapporto colla durata diversa delle malattie :

N° dei malati		*permanenza totale*	*permanenza media*
		Malattie croniche.	
Donne	17	*giorni* 1564	*giorni* 92
Uomini	26	1593	61[26
Totale	43	3157	73[48
		Malattie acute.	
Donne	99	2284	23[07
Uomini	143	2864	20[02
Totale	242	5148	21[27

Distinguendo le malattie acute dalle croniche, e tenendo conto per rapporto a quest'ultime non tanto della permanenza di diritto (chè di croniche malattie, ma in genere per poco trattenute nello spedale, ne erano anche comprese nel precedente rendiconto) quanto della permanenza di fatto, resa in quest'anno possibile non solo, ma più facile dalle nuove condizioni materiali (maggior numero di letti) delle infermerie; si scorge come la permanenza media per le malattie acute nell'anno scolastico in discorso di poco superi la permanenza media dell'altro biennio, stando tra loro le cifre relative come 19 : 21.

Che anzi distinguendo la permanenza media generale per le malattie acute a seconda dei due sessi, gli è notevole come la differenza in più per l'anno in discorso sia intieramente a carico del sesso maschile. La permanenza media generale per le donne nel trascorso biennio fu di 23 giorni e 58|100; in quest'anno fu minore, cioè di 23,07: ciò dipende da che in questo computo non sono comprese che le malattie acute, le quali però nei maschi dettero una permanenza media di 20, 02|100

mentre la media permanenza generale uomini nell'altro biennio fu soltanto di 15, 83|100.

Una doppia ragione credo possa spiegare questo fatto: la prima è la diversa stagione in che furono osservate le malattie maschili: nel primo rendiconto esse figuravano soltanto pel quadrimestre estivo, in cui hanno minore durata che non nella stagione invernale; in questo le malattie maschili comprendono l'anno intiero.

La seconda ragione è affatto generica, ed in rapporto colla convalescenza, che con maggior latitudine si potè permettere agli ammalati di compiere nello Instituto, nell'interesse loro ed anche degli studiosi: i quali è bene sieno istrutti delle varie fasi di regresso dei processi morbosi, e delle piccole accidentalità che arrestano o prolungano il periodo di convalescenza, e della cura vuoi igienica, vuoi terapeutica che ai convalescenti conviensi applicare.

La maggior permanenza degli ammalati nell'ospedale però implica pressochè necessariamente una spesa assoluta maggiore per ciascheduno: e il numero maggiore di malattie croniche, (nelle quali soventi l'arte deve intervenire cogli agenti terapeutici più ancora che non nelle malattie acute, che possono guarire per se stesse, e colla semplice cura negativa o quasi), importa pure una maggiore spesa generale, come dimostra la seguente tabella paragonata colle cifre sul proposito riportate nell'altro rendiconto (V. pag. 13 e 14).

Tavola di ragguaglio della spesa farmaceutica in rapporto col numero e sesso dei malati e delle giornate di presenza.

Sesso	spesa tot.	spesa med.	giorn. di pr.	med. giorn.
Uom. 169	4754	28,13	4457	1,06
Don. 116	5005	43,14	3848	1,30
Tot. 285	9759	34,24	8305	1,17

Duolmi che per i sopracennati mutamenti occorsi nel servizio medico delle infermerie durante l'anno scolastico io non abbia potuto avere contezza del numero preciso degli ammalati trattati nei primi mesi nella sezione del mio collega il prof. Girola e dei giorni di loro permanenza. Alla spesa totale dei rimedi prescritti nell'Instituto durante l'intiero anno scolastico feci sì una riduzione proporzionata al tempo in che il lodato professore ebbe la direzione della sua sezione, con tutto ciò il calcolo non potè certo riuscire esattissimo: ed io il porgo qui come approssimativo soltanto. Se il produco in pubblico egli è specialmente perchè ciò non ostante viene a confermare alcune conclusioni formolate intorno a dati statistici precedentemente pubblicati.

La spesa media d'ogni e singolo ammalato per le dette ragioni fu in quest'anno maggiore che nei due precedenti, la proporzione è notevole cioè : 20,07 : 34,24 quasi doppia ; con tutto ciò però la spesa media giornaliera complessiva presenta appena la variante di quattro centesimi in più per l'anno in discorso (L. 1,17 : 1,13).

Tanto la spesa media individuale poi quanto la spesa media giornaliera presentano notevoli differenze nei due sessi, con la già avvertita proporzionale in più per il sesso debole. A questo proposito devo ancora avvertire che la media giornaliera della spesa pelle donne nell'anno 1864-65 fu minore di L. 0,05 comparativamente a quella del biennio antecedente, e che la proporzionale in meno per il sesso maschile la è meno marcata di quello che sia stata nei due anni precedenti ; ciò mi spiego per la già riferita ragione delle malattie stagionali. Egli è evidente che se gli uomini in genere per i motivi altrove addotti (1) costano in rimedii meno delle donne,

(1) V. il citato rendiconto pag. 15.

la sproporzione deve essere anche più marcata, quando di queste si comprendono le sole malattie invernali che sono più lunghe e più gravi, e di quelli le sole estive, le quali, parlando generalmente, sono più brevi e leggere, precisamente come avvenne ne' calcoli statistici relativi agli anni clinici 1862-63, 1863-64.

Esiti delle malattie curate in quest'anno clinico.

Mortalità.

La maggior parte dei malati ricoverati nell'Instituto clinico nell'anno 1864-65 guariva; molti miglioravano, pochi ebbero a soccombere come risulta da questa tavola:

Numero	*guariti*	*migliorati*	*morti*	*mort. p. 100*
Uom. 169	131	28	10	5,90
Don. 116	86	26	3	2,32
Tot. 285	217	54	13	4,56

La mortalità nei due sessi complessivamente considerati fu in quest'anno maggiore che non nel biennio antecedente, nel quale era stata soltanto di 3,72\|100: nè stupisce, postochè molto maggiore fu il numero delle malattie croniche. Notevole è ancora l'inversa proporzione nella mortalità dei due sessi comparativamente considerati: nel biennio passato fu assai maggiore la mortalità delle donne, in quest'anno per contro fu maggiore, quasi tripla la mortalità dei maschi. Indipendentemente dalle moltissime accidentalità, cui vuol essere sempre fatta larga parte, e che non sono apprezzabili in un calcolo statistico, la maggior mortalità maschile nel 1864-65 parmi possa essere messa a carico:

1° Del maggior numero dei cronici maschi (26) comparativamente alle croniche femmine (17);

2° Dell'influenza delle stagioni.

Se gli è vero, come pare indubitato, che la mortalità generale tra noi è maggiore nei mesi più freddi e minore nei temperati, egli è evidente, che la mortalità maschile del biennio 1861-62 1862-63 come quella che si riferiva alle malattie dei mesi più temperati (2° semestre dell'anno scolastico), doveva essere relativamente minore.

In ordine alla mortalità di un servizio clinico tutto è relativo sempre, e quando i cronici giudicati inguaribili e neppur suscettibili di miglioramento ne fossero con precauzione a tempo rimandati o neppur ricevuti, naturalmente si verrebbe a diminuire di molto la mortalità proporzionale. Io confesso, che, per conto mio, non vorrei mai vedere sacrificata così l'umanità all'amor proprio del medico; e la scienza alla lettera di un regolamento spedaliero ; e se desiderai sempre, come desidero, di avere un largo campo di osservazione clinica, egli è appunto per non trovarmi, stante i bisogni del movimento clinico, nella necessità di licenziare dall'Instituto ammalati cronici condannati a certa, inevitabile morte più o meno lontana (1).

(1) Malgrado questa linea di condotta che mi sono prefisso, non posso asseverare di avere potuto seguirla sempre. Se la è una crudeltà il rinviare dall'ospedale cronici incurabili, il che equivale a volte al mandarli morire sul lastrico, come esempi ne ho visti, sarebbe una violenza condannevole il volere trattenervi quelli che anche negli ultimi giorni della loro vita volessero uscirne. Egli è per rispetto a questa libera volontà p. e. che una donna affetta da vizio organico di cuore con versamenti sierosi secondarii, fu lasciata uscire dalla Clinica tre giorni prima della morte, che a casa sua inesorabilmente la colpiva.

Dovere di esattezza mi faceva scrivere questa annotazione, la quale mentre modifica le cifre della mortalità assoluta e relativa al debol sesso, rivela come pur sarebbe

La morte, postochè fisiologicamente è una conseguenza della vita; postochè è una dura necessità dell'equilibrio mondiale, io amo considerare come fatto doloroso sì, per l'arte, ma pur utile complemento alla scienza clinica.

Di molte organopatie gli studiosi difficilmente potrebbero avere esatta conoscenza, se coll'autopsia non fossero poi in grado di mettere a parallelo i fenomeni osservati in vita e i segni riscontrati nel cadavere; se a giusto titolo l'anatomia patologica è oggidì dai più saggi con-

facile il rendere sempre tenuissime le cifre della mortalità di un servizio clinico, quando i superiori interessi della istruzione, della scienza, dell'umanità si volessero sacrificare all'amor proprio gretto e meschino di chi esercita l'arte: Egli deve avere animo elevato cotanto, da non ammettere neppure la supposizione che altri possa giudicarne l'abilità e la perizia da un decesso di più o di meno!

Ho accennato ad un decesso il quale essendo avvenuto pochi giorni dopo l'uscita dell'ammalata dalla Clinica, ragion voleva fosse specialmente notato: non debbo tacere di altri due pervenuti a mia notizia: l'uno riferibile ad una donna lasciata nell'Instituto dopo il 15 agosto e che moriva in settembre per stenosi con ulcera cancerosa alla laringe: l'altro ad un maestro di scuola affetto da aneurismi molteplici e che dopo di essere entrato e rientrato più volte in Clinica, terminava per morire dopo parecchi mesi in Novello suo paese natìo. Eglino morirono per le conseguenze di quelle stesse malattie per le quali erano entrati in clinica e giudicati insanabili: quindi a rigor di termine vorrebbero anche essere tenuti a calcolo per determinare la mortalità di cui discorro. Ma come fare calcoli statistici sopra una base così vaga ed incerta? Sarà bensì questa una difficoltà che si potrà sempre opporre da chiunque volesse infermare il valore delle cifre statistico-cliniche; ma una difficoltà pressochè insuperabile, e che non deve arrestarci dal tenere conto di tutti quei dati possibili, i quali, quantunque non matematici, hanno pur sempre il vantaggio di servire di base ad utili corollarii clinico-amministrativi e teorico-pratici.

siderata come base principale della fisiologia morbosa, mai essa riesce utile tanto, quanto nei casi in cui le lesioni cadaveriche che si osservano e si toccano nell'anfiteatro anatomico possono riscontrarsi coi sintomi e segni morbosi raccolti in clinica.

Nessuno per fermo vorrà dubitare della soddisfazione massima che ogni medico, e quindi anche un Direttore clinico prova quando si possono vantare i trionfi dell'arte, ma postochè le guarigioni non sono e non possono essere costanti e sicure; postochè i rovesci pur sono inevitabili; non val meglio che un ammalato ricoverato in Clinica ivi soccomba piuttosto che a casa sua?

Anche il cuore sensibile dei più generosi umanitari non deve troppo commoversi a questo desiderio! Se l'amor dello studio e della scienza il fa concepire, la carità verso i malati poveri non lo disdegna. Basta pensare alle gravi torture fisiche e morali dei poveri infermi cronici e incurabili, quando stanno decombenti sopra lurido pagliericcio in brutti abituri e squallide soffitte, luoghi male aereati, affumicati, freddi nell'inverno, caldissimi nella state, ne' quali agli altri mali quello s'aggiunge soventi dell'agglomeramento, dannoso ad un tempo ai malati ed ai sani.

In fatto di pubblica amministrazione sanitaria vi può essere quistione se convenga meglio soccorrere gli ammalati a domicilio oppure accoglierli negli spedali, e confesso che vi sono argomenti pro e contro le due opposte sentenze. Senza pretendere di svolgere tutta l'importante quistione, chè sarebbe qui fuori di luogo lo spendervi sopra una dissertazione, credo non si possa però venire ad una soluzione definitiva della medesima senza prendere in considerazione la durata, la gravezza, la natura delle malattie. E a parer mio sono appunto le malattie più gravi, le più lunghe, quelle che potreb-

bero lasciar timore di moltiplicazione per infezione, per ereditarietà e va dicendo, che vorrebbero essere di preferenza accolte negli spedali, dove la retta applicazione delle più ponderate regole igieniche evita molti di quei danni, che tali malattie arrecano nelle case e nelle famiglie del povero.

Ciò dico anche indipendentemente dagli interessi della scuola, i quali poi naturalmente, mentre richiedono che sieno studiate le malattie acute, vogliono pure vedere rappresentate nello insegnamento le malattie a lento e cronico decorso; e mentre rendono necessario un buon numero di malattie guaribili, perchè lo studioso sappia e possa apprezzare tutta la potenza dell'arte e l'opportunità e la convenienza del fare e del non fare; ammettono ad un tempo come necessario complemento le malattie insanabili atte a frenare la baldanza di chi troppo sperasse dalla medicina, la quale deve limitarsi per lo più a studiare soltanto, senza potere dominare a piacimento le leggi della natura, e ciò dalla nascita dell'uomo sino alla sua morte!

Il valore assoluto delle cifre che si riferiscono alla durata ed alla mortalità delle malattie curate nella Clinica, sarebbe per se stesso poco importante se non si mettesse in rapporto 1° colle speciali condizioni fisiologiche dei malati, 2° colle specialità morbose in essi osservate; il perchè, seguendo lo stesso ordine altra volta tracciatomi, parlerò di quelle prima e di queste poi; notando fin d'ora come i 13 decessi sieno pressochè tutti rappresentati da organopatie croniche, inveterate più o meno, complicate, e riconosciute, se non incurabili, almeno inguaribili fin dal giorno dell'entrata dei malati nello Instituto clinico.

Nelle condizioni fisiologiche comprendo le età, il luogo di nascita e domicilio, le professioni, il genere di vita e

di vitto, la costituzione fisica, l'abito esterno del corpo, i temperamenti, lo stato civile.

Specchio relativo all'età degli ammalati.

Da 1 anno	a 10	uomini	4	donne	2	Totale	6
11 »	a 20		44	»	30	»	74
21 »	a 30	»	48	»	46	»	94
31 »	a 40	»	34	»	20	»	54
41 »	a 50	»	24	»	6	»	30
51 »	a 60	»	8	»	8	»	16
61 »	a 70	»	7	»	2	»	9
71 »	a 80	»	0	»	2	»	2
			169		116		285

Anche in quest'anno pochissimi furono i ragazzi; la più piccola malata fu una bambina di 3 anni: e i vecchi non furono nemmeno molti; oltre il 50° anno, precisamente come nel biennio decorso, non furono che 27.

La maggior parte dei ricoverati (168) fu di giovani, cioè tra l'11° e il 30° anno, nella stessa proporzione ancora che nel cennato biennio: un po' maggiore fu il totale degli adulti tra il 31° e il 50° anno (84). (V. il precedente rendiconto pag. 18).

Studiando l'età in rapporto coi 13 decessi avvenuti nell'anno clinico, abbiamo queste cifre:

Da 11 a 20 anni	uomini morti	3	donne	1	totale	4
Da 21 a 30 »	»	2	»	2	»	4
Da 31 a 40 »	»	2	»	0	»	2
Da 41 a 50 »	»	2	»	0	»	2
Da 51 a 60 »	»	1	»	0	»	1
	Totale	10		3		13

Risulterebbe da questa tavola, che il numero assoluto dei decessi fu maggiore nell'età giovanile; la cifra pro-

porzionale si pareggiò però con quella della successiva età adulta, come risulta da questo ragguaglio :

Da 11 a 30 anni 8 decessi dànno p. 168 malati la cifra del 4,76 0[0
Da 31 a 50 » 4 » » 84 » 4,77 010

Minore fu la mortalità nei vecchi (1 sopra 27 = 3,70 per 0[0) : la cifra però è troppo piccola perchè se ne possa trarre una conclusione, tanto più che la medesima contraddirebbe al fatto della giornaliera osservazione ed alle cifre prodotte nel primo mio rendiconto.

Luogo di nascita e domicilio.

Anche in quest'anno i nativi di Torino figurano per piccolissima cifra tra gli ammalati della clinica; la maggior parte però appartengono alle provincie piemontesi ed erano in Torino domiciliati ; di due soli fu notato il domicilio vago, come risulta da questo quadro.

Nativi di Torino	*Delle pr. subalp.*	*Di altre pr. ital.*	*Savoiardi*	*Svizzeri.*	*Totale*
Uom. 19	138	9	1	2	169
Don. 18	94	2	2	0	116.
37	232	11	3	2	285

Domiciliati in Torino		— *Nelle prov. subalp.*	— *Dom. vago.*
Uomini	140	27	2
Donne	100	16	0
	240	43	2

Mi limito a queste generalità relativamente al luogo di nascita e di domicilio : ogni altra più minuta particolarità che possa interessare le singole osservazioni, e i fatti speciali, non può essere compresa in queste notizie cliniche sommarie, tendenti a dare una semplice idea

generica del personale degli ammalati ricoverati in Clinica, i quali restano anche meglio qualificati dalla loro

Professione.

Uomini

		Riporto	137
Contadini	15	Copista	1
Falegnami	15	Conducente	1
Muratori	13	Coltellinaio	1
Calzolai	10	Cantiniere	1
Pristinai	7	Decoratore	1
Facchini	6	Fruttivendolo	1
Camerieri	6	Fonditore in metalli	1
Sarti	6	Flebotomo	1
Serraglieri	6	Ferravecchio	1
Cuochi	5	Ex-militare	1
Cocchieri	4	Portinaio	1
Caffettieri	4	Limatore in ferro	1
Scuolari	3	Lavorante nel fosforo	1
Guardie pubblica sicurezza	3	Lavandaio	1
Tabaccai	3	Lattivendolo	1
Senza mestieri (1)	2	Lineatore	1
Braccianti	2	Macchinista	1
Cappellai	2	Maestro di scuola	1
Conciatori	2	Manovale alla zecca	1
Fabbroferrai	2	Minatore	1
Erbivendoli	2	Mendicante	1
Merciaiuoli ambulanti	2	Pizzicagnolo	1
Manovali delle st. ferrate	2	Sguattero	1
Parrucchieri	2	Stalliere	1
Segatori di legna	2	Spazzino	1
Verniciatori	2	Trombettiere	1
Sellai	2	Suonatore ambulante	1
Tipografi compositori	2	Tessitore	1
Accendi lumi	1	Usciere	1
Albergatore	1	Tessitore in seta	1
Arrotino	1	Mugnaio	1
Legatore	1	Erbivendolo	1
Brentatore	1		
Da riportare	137	Totale	169

(1) Il difetto di mestiere o professione è riferibile ad individui di età infantile.

Donne

		Riporto	91
Serve domestiche	18	Fruttivendole	2
Contadine	13	Meretrici	2
Cameriere	12	Accensatrice	1
Donne di casa	11	Albergatrice	1
Sarte	9	Calzolaia	1
Tabaccaie	9	Erbivendola	1
Filatrici	7	Levatrice	1
Cuoche	7	Modista	1
Lavandaie	5	Passamantiera	1
Cucitrici	5	Serva volante	1
Soppressatrici	4	Suonatrice ambulante	1
Merciaiuole	3	Nessuna professione (1)	1
Da riportare	91	Totale	116

Risulta da questi due elenchi quanto più svariate e molteplici sieno le professioni dei maschi che non qnelle delle femmine ; cosa già notevole nell'altro mio rendiconto, e che non avrebbe importanza, se colle professioni non si legassero molte influenze morbigene, le quali pertanto devono essere più variate nei maschi che nelle femmine. Che se la varietà nelle forme morbose è maggiore poi in queste che non in quelli, ciò manifestamente dipende piuttosto da condizioni intrinseche relative al sesso che non dalle causali estrinseche attinenti alle professioni.

In ordine alle professioni considerate in rapporto coll'eziologia de'morbi, importa assai di tener conto dei cangiamenti di esse avvenuti in un dato individuo. Ad un esame un po' superficiale potrebbe sembrare, che l'influenza d'una professione debba essere tanto più sentita, quanto più la medesima fu lungamente esercitata ; eppure la cosa non corre sempre così. È legge che

(1) *V. nota antecedente.*

ab adsuetis non fit passio ; *l'habitude émousse le sentiment* dicono i Francesi; e sta vero il fatto, che i cangiamenti di professione, massime se forzati e non comandati da ragioni di salute, riescono a questa soventi nocivi. Chi era dato a faticosa vita e d'un tratto si trova dannato a vita sedentaria, o viceversa : chi lascia la vita naturale e libera dei campi per il vivere sempre un po'artifiziale delle città: chi per qualche crisi economica si trova di dovere desistere da una professione geniale e lucrosa, per guadagnarsi il vitto con un genere di lavoro cui non ha nè disposizione d'animo, nè fisica attitudine; quegli ne soffre più o meno a seconda dell'età, della forza di costituzione, della sua individuale resistenza e va dicendo. Il perchè studiando un fatto morboso in rapporto colle sue causali molteplici, quanto alla professione giova soventi tener conto e dell'attuale e di quelle che furono precedentemente esercitate in epoca prossima o remota; e tanto più, che se il cangiamento di professione può essere causa, potrebbe anche a volta essere effetto già di malattia, circostanza questa non meno della prima importante a conoscersi, ma che naturalmente non può essere compresa nelle generali considerazioni eziologico-cliniche che sto esponendo.

Negli elenchi sopra riferiti fu calcolata soltanto la professione attuale degli ammalati o quella più specialmente, e più a lungo esercitata, non tenendo conto delle precedenti e di quelle esercitate solo temporaneamente, per quantunque qualche volta con queste più che non colle prime avessero attinenza le malattie constatate. Il che porta ad un apprezzamento speciale, al tutto individuale, non suscettibile di essere compreso nelle cifre statistiche generali, le quali servono specialmente a determinare i rapporti delle professioni col

Genere di vita.

Seguendo la stessa classificazione adottata nell'altro mio rendiconto in ordine al genere di vita per gli ammalati ricoverati nell' Instituto in quest'anno clinico trovo i seguenti risultamenti.

Genere di vita faticoso	uomini	113	donne	59	tot.	172
» poco faticoso	»	24	»	15	»	39
» sedentario	»	25	»	34	»	59
» variato	»	7	»	8	»	15
		169		116		285

Queste cifre corrispondono, però con alcune varianti, a quelle riportate nel precedente rendiconto. Sta sempre, che la grande maggioranza dei ricoverati appartiene alle classi laboriose e dedite a mestieri faticosi; sta ancora per ciò che si riferisce alla vita sedentaria, il maggior numero di donne comparativamente ai maschi: ma è notevole in questo resoconto la maggior cifra dei dediti ad una vita poco faticosa d'ambi i sessi e la maggior cifra dei maschi dati ad una vita sedentaria e delle femmine a genere di vita svariato (1). Il maggior numero d'individui maschi e femmine dati a vita poco faticosa, credo di poterlo in notevole parte mettere a carico e dell'età minorenne che quivi figura, e del maggior numero di malati cronici ricoverati in clinica; è naturale che ragazzi, valetudinari ed infermi esercitino mestieri e conducano vita meno faticosa. Le cifre relative alla vita sedentaria de'maschi ed alla vita variata nelle femmine dipendono naturalmente dal genere delle pro-

(1) V. per l'esame comparativo il citato mio rendiconto pag. 21.

fessioni riferite nell'elenco delle medesime, delle quali non occorre fare ulteriore parola.

Passiamo al

Genere di vitto.

Seguendo per rapporto al genere di vitto la già altra volta adottata divisione di vitto buono e regolare — mediocre — meschino — disordinato — con abuso di liquori e vino, abbiamo queste cifre:

Dati a genere di vitto						
buono e regolare	uomini	75	donne	63	totale	138
mediocre	»	25	»	27	»	52
meschino	»	40	»	24	»	64
disordinato	»	11	»	2	»	13
con abuso di vini e liq.	»	18	»	0	»	18
		169	»	116	»	285

È notevole in questo quadro statistico il bel numero degli utenti un vitto sano e regolare; quelli forzati ad un vitto meno salubre, come è il mediocre e 'l meschino, sono in notevole minoranza (116), tanto relativamente alle cifre di quest'anno quanto relativamente alle cifre del biennio trascorso. Più numerosi però che non in quello furono nell'ultimo decorso anno i dediti ad un vitto disordinato, massime tra gli uomini, i quali figurano poi soli e per una cifra abbastanza rilevante fra gli abusatori di vino e liquori.

Frequente cagione di malattia è il genere di vitto; e se consideriamo il buon vitto e 'l regime regolare come ottima condizione igienica; mentre gli abusi, i disordini, il difetto, l'insufficienza del vitto sono potenti cagioni morbifiche; egli risulta dalle suesposte cifre, che per oltre la metà (147) degli ammalati curati in Clinica durante

l'anno scolastico 1864-65, questa specialità di cagione dovette essere presa in considerazione, cosa che risultò anche con proporzioni più marcate nel precedente rendiconto.

Costituzione fisica.

Distinguendo la costituzione fisica, la più sicura misura della forza e resistenza individuale, in robusta — buona — mediocre — gracile — affralita, cioè in cinque categorie, delle quali le prime quattro riguardano il grado di robustezza originaria, l'ultima le modificazioni che nella medesima avvengono o per malattie o per effetto di età, nell'attuale rendiconto debbo scrivere le seguenti cifre:

Costituzione	robusta	uomini	48	donne	24	tot.	72
»	buona	»	54	»	29	»	83
»	mediocre	»	52	»	51	»	103
»	gracile	»	11	»	8	»	19
»	affralita	»	4	»	4	»	8
			169	«	116		285

Anche in questo quadro si vede come il numero delle costituzioni meno buone, mediocri cioè e gracili, corrisponda quasi intieramente alla cifra degli utenti un vitto meno salubre: quello sta a questa come 122 a 116: la differenza in più può spiegarsi facilmente per quelle molte influenze diverse che possono originare debolezza di costituzione indipendentemente dal vitto.

Il numero doppio delle costituzioni malandate, smunte, affralite non istupirà nessuno che ricordi il numero maggiore dei malati cronici curati nello Instituto in questo anno clinico.

Abito esterno del corpo.

Molti rapporti colla costituzione fisica ha l'abito esterno del corpo; lo studio accurato, l'osservazione paziente e minuta del medesimo, se pur m'appongo, forma uno dei pregi che caratterizzano la medicina moderna che tutto esplora e guarda e tocca e calcola.

Ricordo tempi in cui ernie, varici, ulceri, deformità, che pur sarebbe importato assai conoscere, non erano scoperte (?!), se non quando gli ammalati meglio accorti ne mettevano finalmente in avvertenza il pratico: il quale, orgoglioso di esercitare la medicina così detta pura e schifo di ogni manualità, quasi fosse men nobile, non si adontava di chiamare in soccorso il chirurgo per tutto che andasse un po' oltre l'esplorazione del polso, l'osservazione della lingua, la palpazione del ventre. Potrei citare casi di esantemi, di risipole alle gambe, di sifilidi che passarono lungo tempo inosservate e quindi non curate, per solo difetto di esplorazione diretta. Era così poca l'abitudine che se n'aveva, che allievi di questa scuola arrivarono persino a dichiarare giuridicamente vergine una donna che due volte aveva figliato!!

Il fatto occorse a me ed al dottor Secondo Laura, che insieme dovemmo fare sul proposito una controperizia medico-legale: le cicatricole cutanee sul ventre e la secrezione lattea svelarono il grossolano errore in cui era caduto il collega chiamato a primo perito.

Ben altro è il metodo d'esplorazione adoperato dalle moderne scuole, e non è raro che colla sola ispezione dell'abito esterno, anche indipendentemente dai casi legali, si conoscano le precedenze di parti avvenuti in donzelle che pur avrebbero interesse a nascondere la verità: il che non è a dire quanto possa essere utile ed onorevole per l'arte, checchè possano ridirne quei moralisti scrupolosi che vorrebbero vedere compromesso il pudore

quando le gambe s'osservino o le pareti addominali o le mamme di donna ammalata!!

Dall'inspezione dell'abito esterno si riconoscono: 1° Il grado di nutrizione del corpo, lo sviluppo muscolare, la spessezza del pannicolo adiposo sottocutaneo. 2° Il predominio fisiologico di un compartimento del corpo, cioè la proporzione e forma delle cavità splancniche e la maggior attività di qualche organo. 3° Alcune particolari deformità. 4° Alcune malattie costituzionali, cui importa soventi apprezzare in un esame diagnostico sotto ogni rispetto rigoroso. Or bene, ecco pegli ammalati osservati in quest'anno clinico le annotazioni particolari fatte dietro la inspezione dell'abito esterno.

Grado di nutrizione del corpo.

Abito macilento	uomini	83	donne	60	totale	143
polisarcico	»	0	»	8	»	8
muscolare	»	13	»	9	»	22

Predominio fisiologico di una cavità splancnica.

Abito cefalico	uomini	28	donne	13	totale	41
cardio-cefalico	»	14	»	3	»	17
pettorale	»	4	»	5	»	9
toracico	»	2	»	0	»	2
addominale	»	12	»	2	»	14

Deformità.

Abito rachitico	uomini	0	donne	2	totale	2
Ernie	»	2	»	3	»	5
Varici	»	4	»	3	»	7
Idrocele	»	1	»	0	»	1
Gozzo	»	5	»	8	»	13
Abito cretinoso	»	1	»	0	»	1
Cicatrici da vaiuolo	»	5	»	5	»	10
Cicatrici da ferite	»	2	»	1	»	3
Cicatrici da scottature	»	3	»	0	»	3
Anchilosi del ginocchio	»	1	»	0	»	1
Ciechi da un occhio	»	1	»	1	»	2
Mutilazioni nelle dita	»	1	»	1	»	2

Malattie costituzionali.

Abito pellagroso	uomini	1	donne	0	totale	1
strumoso	»	3	»	3	»	6
clorotico	»	0	»	6	»	6
pletorico	»	0	»	2	»	2
aneurismatico	»	1	»	0	»	1

Da questi quadri risulta come tra la popolazione ricoverata nell'Istituto clinico sieno anche in quest'anno stati pochi i rachitici, gli erniosi, gli affetti da varici, i pellagrosi, i cretini. Maggior numero si ebbe di gozzuti e più frequenti furono le cicatrici vaiuolose, tutte antiche però e non attinenti alla epidemia vaiuolosa che in quest'anno regnava. Si riconfermò nei due sessi la grande prevalenza dell'abito macilento sul polisarcico, esclusivamente osservato questo nelle donne, e sul muscolare, che si notò, come è naturale, più frequente nei maschi; di questi fu esclusivo l'abito toracico, mentre il pettorale (1) si osservò nei due sessi. In ordine al predominio delle cavità splancniche la maggior frequenza assoluta dell'abito cefalico e cardiocefalico fu ancora osservata tra gli uomini, ne' quali inoltre più che non nelle donne fu pure trovato marcato l'abito venoso addominale o flebo-epatico che dir si voglia. L'abito clorotico per contro e 'l pletorico furon visti nelle sole donne. Fu curioso l'esempio di abito (diatesi?) aneurismatico che fu osservato in un maestro di scuola; ma di esso dovremo fare minuta parola a suo tempo.

Tra le cose importanti a notarsi nell'abito esterno, non v'ha dubbio esservi le cicatrici: per esse ci accor-

(1) Per rapporto alla distinzione dell'abito pettorale dal toracico V. quanto ne dissi nell'altro mio rendiconto, pag. 25.

giamo soventi del vaiuolo pregresso non soltanto, ma ancora dell'avvenuta vaccinazione, delle flebotomie subìte, di molte malattie cutanee e scottature e ferite ; le quali non soltanto importano al medico legale pei suoi responsi giuridici, ma al pratico servono come altrettanti importantissimi indizii atti a rendere l'anamnesi più positiva e sicura, ed a spiegare alcuni fenomeni morbosi i quali non potrebbero altrimenti essere abbastanza compresi. La sede, la forma, l'estensione, la profondità, la mobilità o meno delle medesime, il loro colorito, le modificazioni isto-patologiche avvenute nel derma, nel reticolo malpighiano, nella epidermide , nel bulbo dei peli, nei tessuti sottoposti (ghiandole, aponeurosi, muscoli, ossa), sono cose tutte notevoli per chi si propone di fare una medicina poggiata sull'osservazione rigorosa ; il perchè deve il medico abituarsi assai per tempo allo studio ed all'esame dei segni fisici che sull'abito esterno dei malati si leggono, e che rendono assai più facile soventi e la diagnosi del fatto morboso di che si tratta, e 'l giudizio delle precedenze patologiche, e l'apprezzamento di tutte le condizioni fisiologiche individuali, tra cui notiamo anche il

Temperamento.

Per le ragioni altra volta dette, quantunque sia vero potersi le condizioni fisiche individuali meglio descrivere coll'accennare semplicemente all'abito, alla costituzione, alle esterne apparenze, che non con una parola generica la quale può non corrispondere a cappello all'idea che vi attacchiamo; per l'oggetto di sintesi statistica, la quale certo ha i suoi pregi, se non altro per dimostrare la prevalenza di queste o quelle qualità fisiche, in questa od in quella regione d'una vasta provincia, credo utile

riprodurre in breve quadro i risultati delle osservazioni fatte in quest'anno nel nostro Instituto per riguardo ai temperamenti, seguendo la stessa classificazione che ho nel mio primo rendiconto abbracciata, e adottando la distinzione di temperamenti in semplici e misti :

Di temperamento								
Semplice	Sanguigno	Uomini	29	Donne	12	Totale	41
	Bilioso	»	24	»	12	»	36
	Linfatico	»	14	»	16	»	30
	Nervoso	»	1	»	0	»	1
Misto	Sanguigno-bilioso .	»	38	»	17	»	55
	» linfatico	»	6	»	17	»	23
	» nervoso	»	3	»	2	»	5
	Bilioso-sanguigno .	»	18	»	5	»	23
	» linfatico . .	»	3	»	1	»	4
	» nervoso . .	»	2	»	4	»	6
	Linfatico-sanguigno	»	13	»	17	»	30
	» nervoso .	»	4	»	7	»	11
	» bilioso . .	»	8	»	5	»	13
	Nervoso-sanguigno	»	1	»	0	»	1
	» bilioso . .	»	0	»	1	»	1
	» linfatico .	»	1	»	0	»	1
	Misto molteplice .	»	4	»	0	»	4
			169		116		285

Risulta anche da questo quadro : 1° Che i temperamenti misti superano in numero i temperamenti semplici: 2° Che i temperamenti semplici sono più frequenti ne' maschi : 3° Che in questi predominano il temperamento sanguigno e 'l bilioso, mentre nelle donne v'ha maggior quantità di temperamenti linfatici : 4° Che i temperamenti sanguigni puri o frammischiati ad altre forme di temperamento bilioso o linfatico formano la grande maggioranza dei temperamenti delle provincie piemontesi. Notevole predominio venne notato pure per l'abito così detto cefalico o cardio-cefalico, e ciò in questo come nell'altro rendiconto (1).

(1) V. pag. 64 e 65 di questo rendiconto e pag. 27 dell'antecedente.

Il buon numero dei temperamenti sanguigni nelle donne subalpine, siano essi sanguigni pretti, che non son tanto frequenti, o sanguigni misti, che sono assai più (un terzo all'incirca della cifra totale, stando al suesposto quadro), può forse anche dare una qualche ragione della età in cui suole comparire tra noi

La mestruazione.

Dalle ricerche fatte in quest'anno intorno all'età della primitiva comparsa della mestruazione si ebbero i seguenti risultati statistici, i quali giudico non sieno senza interesse:

Donne mestruate	a 11 anni	. . . .	1	
»	a 12 »	. . . .	6	
»	a 13 »	. . . .	10	
»	a 14 »	. . . .	25	
»	a 15 »	. . . .	21	
»	a 16 »	. . . .	10	
»	a 17 »	. . . .	13	
»	a 18 »	. . . .	10	
»	a 19 »	. . . .	3	
»	a 20 »	. . . .	2	
»	a 21 »	. . . .	1	
»	a 22 »	. . . .	1	
			103 —	103
Donne non ancora mestruate al di sotto di	10 anni	. . . .	2	
in età di	12 »	. . . .	1	
» di	13 »	. . . .	1	
» di	14 »	. . . .	1	
» di	17 »	. . . .	2	
» di	18 »	. . . .	1	
			8 —	8
Donne di cui non si ebbe notizia circa l'epoca della comparsa della mestruazione		. . . .		5
		Totale	. . .	116

Volendo prendere una media, l'epoca della prima comparsa catameniale nelle 103 donne mestruate di cui è parola sopra, corrisponderebbe all'anno 15 1|2 all'incirca: con maggior frequenza suole questa funzione cominciare al 14 e 15; ma si noti come possa l'epoca pubere avere anche una maggior latitudine: salve poche eccezioni di mestruazioni precoci e di mestruazioni tardive, la manifestazione della emorragia mensile dietro le soprascritte cifre si può ritenere aver il suo principio tra il 13 e 'l 18 anno; un periodo quindi di cinque anni, che corrisponderebbe alla vera età pubere tra noi, quando, ben inteso, i risultati delle cifre raccolte per solo un centinaio di donne potessero veramente considerarsi come una media generale, e potessero applicarsi alla popolazione tutta, cosa che per fermo non m'attenterei di asseverare, lasciando a ulteriori studi la soluzione del problema. Quanto importi alla patogenia lo stato funzionale degli organi genitali e della mestruazione in ispecie non v'ha chi non sappia, ed è perciò che nell'uomo, ma nella donna ancor più, per ben giudicare delle vere condizioni fisiche (diagnostico fisiologico) importa alle altre condizioni individuali finora riferite aggiungere ancora quelle relative allo

Stato civile.

Gli ammalati ricoverati in clinica per rapporto al loro stato civile si distinguono nel modo seguente:

Celibi	115	Nubili	53	Totale	168
Ammogliati	43	Maritate	49	»	92
Vedovi	11	Vedove	14	»	25
	169		116	»	285

Si conferma da questo quadro il maggior numero dei celibi relativamente ai coniugati, come già nel biennio passato si era osservato; e dei celibi il numero anche comparativamente maggiore nel sesso maschile che non nel femminile, nel quale mentre il numero delle maritate supera quello degli ammogliati si avvicina poi quasi alla cifra delle nubili. Anche per le vedove il numero delle donne supera quello dei maschi.

Per quello che è della mortalità in rapporto collo stato civile troviamo varianti notevoli tra le cifre del biennio decorso e le attuali, eccole :

Celibi	morti	7 su 115 = 6,08	Nubili	morte	2 su 53 = 3,77
Ammog.	»	2 su 43 = 4,65	Maritate	»	1 su 49 = 2,04
Vedovi	»	1 su 11 = 9,09	Vedove	»	0 su 14 = 0,00
Totale	»	10 su 169 = 5,90	Totale	»	3 su 116 = 2,32

Mentre, come fu già notato, fu minore la mortalità generale delle donne, egli è naturale che sia stata anche minore la loro mortalità relativa allo stato civile : e di vero, disponendo per ordine la mortalità per 0|0, relativa allo stato civile nei due sessi, troviamo il massimo della mortalità nei vedovi, poi nei celibi e negli ammogliati, e per le donne nubili maggiore mortalità che non pelle maritate, precisamente l'inverso di quanto erasi osservato nel trascorso biennio ; il che mostra sempre più con quanta riserva vogliano essere ricevuti i risultati delle cifre statistiche, quando le medesime non sieno numerosissime e capaci di neutralizzare col numero gli effetti di ogni possibile accidentalità, che possa renderne equivoche le conclusioni; e come debbano tali cifre essere studiate sotto ogni aspetto che possa farne variare il significato.

III.

Nosologia e nosografia clinica.

Quando di un ammalato si conosce il sesso, l'età, il temperamento, la costituzione, l'abito esterno, il luogo di nascita e il domicilio, la professione, il genere di vita, il genere di vitto, lo stato civile, le abitudini, i vizii, le condizioni in una parola fra mezzo alle quali vive e per le quali di tanto si modifica il suo essere e fisico e morale; quando si conosce bene la sua individualità colle influenze tutte intrinseche ed estrinseche, fondamentali ed essenziali od accidentali che vi hanno parte: allora soltanto con vera e sicura e profonda conoscenza di causa possiamo indagarne le malattie e apprezzare l'entità, la gravezza, l'indole, la natura delle medesime, che variano naturalmente col variare delle cause, le quali, come è facile comprendere, quanto più sono numerose e diverse, tanto più producono effetti complessi e di apprezzamento difficile.

Quindi anche volendo parlare di molti ammalati e di molte malattie, come in un rendiconto clinico si deve, egli è necessario far precedere generali notizie atte a qualificare la popolazione cui si riferisce, potendo variare le malattie e il loro andamento e il loro esito per moltissime ragioni che solo possono essere comprese da chi la popolazione medesima per ogni riguardo conosce.

Questo ordine io scelsi nell'altro mio resoconto clinico; quest'ordine volli seguire anche nell'attuale mio lavoro: esso corrisponde al metodo che ho adottato nella mia scuola, pel quale, l'uomo prima, poi il malato, l'indivi-

dualità fisiologica poi la patologica faccio studiare agli alunni miei: epperciò dopo d'avere date le notizie cliniche generali che precedono, passo a discorrere dei fatti morbosi, dei processi, delle forme patologiche, delle organopatie in tutte le varietà osservate.

Libero dalle pastoie di una nosologia metodica, sistematica, esclusiva; partendo dall'osservazione e dalla sperienza clinica; pensatamente oppositore dell'ontologismo patologico chè per tanto tempo fu norma più illusoria che sicura alle mediche scuole; nella descrizione delle malattie che mi occorse di osservare nell'Instituto medico clinico di Torino, prendo punto di partenza dall'organo, dall'apparato, dal sistema anatomico che soffre. Eccezione vuol esser fatta per le malattie a sede anatomica mal definita, o non facile a definirsi, come sono alcune febbri ad esempio. Anche per queste, studiandone i principali sintomi, gli è facile riconoscere come sieno attinenti a lesa funzione del gran sistema nerveo-vascolare, ma rigorosamente colle ordinarie malattie di questo quelle non possono essere confuse: quindi la convenienza di farne un gruppo à parte.

Io non presento qui come non presentai altra volta un quadro numerico di tutte le malattie che ho registrate: considerate come organopatie, nella massima parte, esse naturalmente furono assai più numerose che non sia la cifra dei malati cui corrispondono: le complicazioni, le successioni morbose, le composizioni patologiche, le associazioni di organopatie diverse dànno di ciò ragione; per ciò stimo inutile produrre cifre in forma di quadro generale; molto meglio esse trovano il loro posto nei singoli capitoli dove si parla di questo o di quel processo morboso, di questa o di quella forma patologica, di questa o di quella malattia viscerale, per le quali importa assai conoscere sempre la

frequenza assoluta, e la relativa al sesso, all'età, alle stagioni, alle professioni e va dicendo.

Però queste notizie statistiche mentre sono importantissime dal lato nosologico, interessano meno direttamente la Clinica che al diagnostico mira specialmente ed al trattamento curativo. Per entrare nelle particolarità di questo o di quello, uopo è penetrare nella fattispecie, la quale soltanto si può giustamente apprezzare colla minuta storia dei singoli casi. Il perchè a compimento di un resoconto che miri ad essere non solo una curiosità statistica, ma un indirizzo metodico alla medicina pratica, rimane come un necessario complemento l'esposizione accurata di tutti quei casi, i quali o per essere più rari, o più difficili, o più completi, od illustrati dalle osservazioni anatomo-patologiche, rimangono anche viemmaggiormente degni di particolare studio ed attenzione. E queste osservazioni nell'attuale rendiconto mi compiaccio di riferire tanto più volontieri, che i più accurati mezzi di investigazione poterono essere applicati negli esami diagnostici, su cui si fonda la redazione dei diarii clinici.

§ 1.

Delle febbri.

Molte ragioni mostrano come sia opportuno, utile e conveniente cominciare la parte nosologica di un rendiconto clinico colla trattazione delle febbri. Esse, come ho già notato in altro mio scritto (1), stabiliscono un anello di concatenazione tra alcuni stati fisiologici normali e alcuni stati fisiopatologici, che dai primi soventi solo differiscono per grado; la febbre digestiva può can-

(1) Rendiconto biennale 1861-62 1862-63 pag. 29.

giarsi in una febbre gastrica purchè nell'atto della digestione occorra un grave patema d'animo, una causa reumatica; l'orgasmo abituale e ricorrente per minime cause in individui eminentemente sanguigni, può facilmente far passo ad una vera febbre iperemica se le cause son più gravi, intense o prolungate; il brivido e 'l tremore di membra che tengono dietro ad un bagno freddo possono cessare per una reazione fisiologica, ma, se durano, possono essere seguiti da una reazione patologica, da una vera febbre reumatica: la frequenza del polso, l'ansietà del respiro, il calore accresciuto, la cefalea pulsante, la sete che tengono dietro all'uso degli stimoli più forti, a fatiche e veglie e corse e viaggi e danze e insolazione, quando vanno oltre il periodo di poche ore rappresentano una effimera e se si prolungano per giorni costituiscono sintomi di una vera sinoca infiammatoria.

Inoltre le febbri considerate nel loro esordire e nei casi di corso brevissimo (febris diaria), sono fatti morbosi semplicissimi e per la loro semplicità massima appunto più interessanti per lo studio della patogenia: la quale anche considerata nelle organopatie, massime poi se queste sono di origine acuta, si lega soventi con uno stato febbrile che precede o ne accompagna lo sviluppo e ne segue il corso per più o meno lungo tempo. La piretologia, quando si vogliano considerare le febbri dette essenziali e le sintomatiche, le primarie e le secondarie, le semplici e le complicate, le continue e le intermittenti, le solitarie e le comitate, le comuni e le speciali o specifiche, le eruttive acute e le lente consuntive, le benigne e le maligne, le infiammatorie e le tifoidee: massime poi se si tenga conto ancora dei loro effetti o esiti o successioni morbose che si vogliano dire; la piretologia, dico, presa in questo vasto significato domina gran parte della patologia, avvegnachè gran parte delle

organopatie o sieno effetto della localizzazione viscerale di un qualche fatto morboso generale febbrile, o destino sintomi febbrili, che di esse sono la conseguenza, e portano a generale compartecipazione il fatto morboso locale.

Però, quantunque vastissimo sia il campo della piretologia, per seguire un ordine logico, senza del quale manca la chiarezza d'ogni qualunque trattazione, in questo capitolo restringerò il mio dire alle febbri che come tali sono diagnosticate e formano, direi, la parte essenziale della formola diagnostica, quali l'effimera, la sinoca, le febbri eruttive, le febbri tifoidee, le febbri periodiche. Le altre varietà di febbri meglio possono e devono anzi essere descritte nei capitoli delle singole organopatie delle quali sono espressione sintomatica, o sono epifenomeni accidentali.

Effimera. — In cinque casi la parola effimera venne inscritta nella formola diagnostica, e in tutti e cinque i casi si trattò di maschi, e sempre l'indole della febbre fu la reumatica: due ebbero luogo il 22 e il 28 gennaio mentre dominava una costituzione atmosferica freddo-secca prima, freddo-umida poi; due in maggio sotto una costituzione atmosferica temperata e 'l quinto in giugno quando l'atmosfera era già calda assai. In un caso solo la febbre fu semplice e regolare, in altro si associò alla medesima una prosopalgia che non molto però si prolungava; in due l'andamento fu quale nella così detta effimera prolungata avvenir suole e si accompagnò con leggerissimo catarro bronchiale: nell'altro ancora vestì le forme di una febbre remittente, e ciò per ripetute febbri periodiche dall'individuo pria sofferte, le quali gli avevano lasciato in eredità un ingorgo epato-splenico.

La permanenza media nell'ospedale per questi cinque casi di effimera fu di cinque giorni e qualche frazione: la permanenza massima di 8, la minima di 2 giorni. Il maximum di temperatura fu di 39 1|2 del termometro

centigrado, il minimum di 36 (1). La frequenza massima del polso fu di 120, il minimum di 55. La frequenza massima del respiro 25, la minima 20. La densità della orina oscillò tra 1014 e 1021. Non è necessario notare che questi massimi e questi minimi corrisposero i primi all'acme, i secondi al periodo di inoltrata declinazione della febbre. Giova avvertire che alcuni degli individui cui si riferiscono questi casi di febbre effimera contavano già nelle loro precedenze morbose parecchi fatti simili e che dichiarate cause reumatiche ne furono pressochè in tutti l'occasione. In tutti i casi i brividi di freddo e l'addolentatura generale formarono i sintomi predominanti; in un solo ebbe luogo un sintomo imponente, fu il delirio notturno durante il maggior calore febbrile. Risultò che l'individuo era dedito all'abuso degli alcoolici. Quel sintomo fu affatto passeggiero; nel successivo giorno eravi già apiressia e calma perfetta, coll'aiuto d'una cura semplicemente negativa e l'aggiunta di qualche bevanda temperante; trattamento che riuscì egualmente utile in tutti i casi.

Amo dirlo ad edificazione di coloro che trovata una febbre risentita, ricorrendo tosto al salasso, s'illudono poi pensando di aver fatto abortire la malattia quando al giorno dopo trovano l'apiressia. Funesta illusione, che autorizza ad un metodo di cura, che, volendo essere moderatissimi, diremo semplicemente *non necessario* ! Le paiono cose da nulla le febbri effimere, eppure hanno anche la loro importanza nello studio della piretologia; appunto perchè fatti morbosi più semplici servono meglio

(1) Terminata la febbre non è raro di trovare una temperatura inferiore alla media normale: il meno succede al più come in altri stati morbosi: dopo la convulsione abbiamo la stanchezza.

ch'ogni altro a dare un'idea della febbre. In medicina tutto è importante: in natura tanto per lo stato di sanità che per quello di malattia *maxime miranda in minimis*: per conto mio al letto degli ammalati non so ristarmi dal raccomandare agli studiosi l'osservazione delle piccole cose che possono dar benissimo la chiave dei più grandi problemi della patologia!

Fedele al mio programma, parlando della febbre effimera ho accennato ai soli casi nei quali la medesima fu un fatto morboso primario, principale e come tale preso in considerazione nella formola diagnostica. Tacqui di quelle febbri irritative che osservai sovente nel corso di altre malattie e della stessa convalescenza; vere febbri effimere ancor esse, ma sintomatiche, secondarie, legate con altri fatti morbosi più gravi. Molti esempi ne ebbi massime nelle donne affette da neurosismo, ma furono epifenomeni dei quali non si dovette fare parola nella formola diagnostica, ragione per cui, come è naturale, non sono suscettibili di calcolo statistico. Non è così delle altre febbri continue a corso più lungo delle quali passo a fare parola.

Sinoca. — Abbastanza numerosi furono i casi di sinoca, della febbre così detta infiammatoria, tanto nell'uno come nell'altro sesso, ma specialmente poi nei maschi; i febbricitanti costituiscono quasi la 6ª parte del totale degli ammalati uomini curati in clinica. In complesso i casi furono 45, dei quali 30 tra gli uomini, 15 tra le donne.

Distinguendo queste febbri per l'indole loro abbiamo le seguenti cifre:

Sinoca reumatica	uomini	22	donne	8
» reumatico-pletorica	»	1	»	5
» pletorica	»	3	»	0
» gastrica	»	1	»	1
» reumatico-catarrale	»	3	»	1
		30		15

Relativamente all'epoca di loro manifestazione durante l'anno clinico abbiamo questi risultamenti numerici:

Novembre	uomini	3	donne	1
Dicembre	»	2	»	4
Gennaio	»	1	»	1
Febbraio	»	5	»	1
Marzo	»	8	»	5
Aprile	»	0	»	2
Maggio	»	4	»	0
Giugno	»	5	»	0
Luglio	»	2	»	0
Agosto	»	0	»	1
		30		15

Febbre reumatica. — Risulta dal primo quadro che il massimo numero delle febbri continue osservate appartiene alla varietà delle reumatiche o semplici o associate all'elemento pletorico. Il genere di professione cui son dati i maschi spiega la disposizione molto maggiore di essi a questa malattia: e 'l massimo numero di queste febbri osservate in marzo dimostra il rapporto che le medesime hanno colle vicende atmosferiche ventose, che tra noi occorrono più frequenti appunto in quel mese. Le altre varietà furono troppo scarse in numero e occorsero in stagioni abbastanza disparate perchè sia possibile trarre conclusioni eziogeniche generali.

Ho distinte le febbri reumatiche dalle reumatico-catarrali: devo dire che credo questa distinzione più formale che essenziale, come quella che tien conto della ubicazione diversa di una stessa influenza causale, la quale così il catarro può dare, quando si esercita sulle mucose, come un dolore muscolare, articolare, nervoso quando si fissa sui tessuti fibrosi; d'onde ne sorgono manifestazioni morbose diverse sì per espressione fenomenica, ma identiche per natura causale e curabili

spesso collo stesso metodo terapeutico, coi diaforetici, coi rivellenti, atti gli uni e gli altri a stornare la flussione reumatica e 'l catarro.

Non in tutti i casi della malattia contemplata in questo capitolo si ebbe sempre a constatare quella frequenza di polso e di respiro, quel calore urente, quella cefalea, quella sete con anoressia, dispepsia e va dicendo, quelle ipostasi orinose che costituiscono la vera sindrome fenomenica della febbre sinoca costituita e dichiarata; così soventi nelle febbri reumatiche la fenomenia presente non era completa, o presentava proporzioni abbastanza leggiere perchè vera febbre nel senso assoluto della parola non vi fosse; in questi casi, che furono in complesso, 8 la temperatura si trovò sempre al disotto di + 37 cent. con alcune varianti fra + 36 (1) e + 36 4|5 : le pulsazioni non si trovarono oltre le 80 per minuto, le respirazioni mai oltre 25; ma ad un tempo un generale malessere, addolentatura generale a volte accompagnata con localizzazioni dolorose anche intense al petto (pleurodinia), ai lombi (lombagine), brividi di freddo, insonnia, inappetenza, disordini funzionali diversi attinenti a cagioni reumatizzanti dichiarate e riconosciute e di origine non sempre recentissima; perciò nella formola diagnostica anzichè *febbre* scrivevasi *stato reumatico*, il quale per verità a volte di molto precede l'invasione febbrile di cui non è raro sia una manifesta-

(1) Ho ragione di temere che in alcuni dei casi in cui la temperatura notata nel Diario clinico fu di + 36 soltanto, l'osservatore sia stato meno attento, meno scrupoloso, forse troppo impaziente: ciò dico perchè qualche volta controllando le osservazioni altrui ho potuto constatare l'errore, e perchè non saprei ristarmi dal raccomandare ai miei allievi la massima attenzione e la necessaria pazienza per riuscire a raccogliere col termometro osservazioni esatte e positive.

zione prodromica: o tiene anche dietro a leggiere effimere male curate ed imperfettamente risolte, delle quali un'esatta anamnesi dà soventi contezza.

Nelle sinoche reumatiche costituite, con o senza localizzazioni patologiche che valgano a legittimarne l'addiettivo di infiammatorie; con andamento or ciclico or remittente; la temperatura misurata all'ascella andò sempre oltre il + 37 del centigrado; toccò soventi il + 38, il + 39 con varie frazioni di grado, ed anche in due casi il + 40: in un sol caso la febbre prese tutti i caratteri della vera febbre ardente (Quarin) e 'l termometro alla prima visita segnò + 43, per discendere però tosto al mattino vegnente a + 39 3|5 e quindi a + 39 + 38 2|5 e via via progressivamente sino a guarigione completa (1).

La oscillazione della temperatura tra l'ora dell'esacer-

(1) Stimo interessantissimo questo fatto; il quale anzi parrebbe più unico che raro. Esso in vero contraddice la legge che il massimo della temperatura conciliabile colla vita sia di + 42,5 del termometro centigrado, come ebbe a dire Liebermeister nel suo lavoro — Ueber die Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung. — (Deutsches Archiv für Klinische Medicin. Bd. 1. 123 S. 1866). Wunderlich dietro le innumerevoli sue osservazioni conchiudeva che il maximum di temperatura conciliabile colla vita fosse di 41,75 C. A questo limite assoluto contraddisse un'osservazione fatta nella Clinica medica di Tommasi nell'Università di Pavia. In un caso di polmonite curata senza salassi il termometro per osservazione fatta dai Dottori Coco e Cantani segnò + 42 C. eppure il malato guarì completamente. (V. Consideraz. Clinico-terapeut. sulla pneumonite del D. Diego Coco nel *Morgagni* 1865).
Una osservazione consimile venne fatta da Obernier, medico assistente alla Clinica di Bonn, il quale in una giovane affetta da tifo, e che pur guariva, trovò più volte il termometro centigrado di Geissler, portato nell'ano, notare 42,1 42,3 ed una volta persino 42,5. (V. Berliner Klinische Wochenschrift. — 25 februar, 1867).

bazione febbrile vespertina e la calma mattutina fu vista a volte anche di 3 gradi. Il maximum di temperatura si trovò nei casi di febbri reumatiche con localizzazioni flogistiche, e nelle febbri reumatiche con esacerbazioni periodiche.

Nel cennato caso in cui la temperatura ascese a + 43 associavasi alla febbre una leggiera pleuro-pneumonite catarrale che in pochi giorni andò a risoluzione, e che, giudicando dagli altri casi dei quali farò cenno a suo tempo, non poteva per se stessa spiegare tanta gagliardìa di febbre, della quale giudicai anzi essere piuttosto effetto che causa: correva il mese di giugno, la costituzione atmosferica era calda assai e la costituzione morbosa dominante era piuttosto di febbri, che di malattie polmonari; le quali possono benissimo essere di esse secondarie, come nel caso concreto, d'onde opportuna la dizione di *febris pneumonica* ammessa dagli antichi nosologici, e dai recenti non sempre abbastanza apprezzata (1).

Un altro sintomo importante della sinoca reumatica è la frequenza di polso; il quale nel periodo di febbre costituita si trovò quasi sempre oltre 80; a 90 — 100 — 120 — e persino 130; frequenza che negli adulti non è per fermo tanto ordinaria. In genere la frequenza del polso stette in rapporto col grado di temperatura (2). La massima

(1) Questo fatto di una temperatura febbrile a + 43 C. senza accompagnatura di flogosi grave, proverebbe contro l'opinione di Weikart, il quale teoricamente credette che ad una temperatura di + 43 la fibrina del sangue possa coagularsi nel circolo: l'osservazione d'altronde dimostra che nelle febbri maligne in cui la temperatura è elevatissima, il sangue nel cuore e vasi trovasi sciolto, come sciolto pure si riscontra in coloro che morirono per eccesso di temperatura esterna (Liebermeister).

(2) Giusta molte osservazioni fatte da Liebermeister sopra

rapidità della circolazione fu appunto trovata in quel giovane muratore di tempra atletica e sanguigna in cui il termometro all'ascella segnò temporaneamente + 43. E il minimum di frequenza (72 — 78) si trovò in coloro nei quali la termogenesi di poche frazioni di grado superava il + 37. Con tutto ciò la legge non è assoluta e costante. Trovai ad es. 120 pulsazioni colla temperatura di + 40, + 38 4|5, + 38 1|5 : e una temperatura di + 39 con frazioni di grado in individui ne' quali la frequenza della rivoluzione circolatoria era di 104, 102, 96. Nel caso già accennato, nel quale la frequenza a 130 corrispondeva ad una temperatura di + 43, la diminuzione progressiva non fu sempre proporzionata, e mentre il termometro segnava + 39 3|5 e il polso scendeva a 104, vidi perdurare questa stessa frequenza colla temperatura successivamente trovata di soli + 39 gradi (1).

280 casi di malattie febbrili (escluse le malattie del cuore e del cervello), in media, per ogni grado di temperatura si accresce la frequenza del polso di 8 battiti per minuto.

(1) Dalle osservazioni di Obernier già citato in altra nota per il suo lavoro *Über Wärmeentziehungen in fieberhaften Khrankheiten* pubblicato nel Berliner Klinische Wochenschrift (N. 9, 4 märz, 1867), risulterebbe pure che non vi ha sempre esatta proporzione fra la frequenza del polso e la temperatura del corpo. Sono curiose p. e. queste tavole di ragguaglio che mostrano come un bagno tiepido possa diminuire la temperatura di un febbricitante senza che la diminuzione di termogenesi implichi sempre *proporzionata* diminuzione nella frequenza de' polsi.

In un pneumonico :

	Alle ore 5	a ore 6 (dopo il bag. tiep.)	a ore 7	a ore 8	a ore 9,
Temperat.	40,9 —	39,7 ——	39,6 —	39,5 —	39,9.
Polsi	124 —	112 ——	112 —	116 —	120.

In un malato di tubercolosi polmonare:

	Ad un'ora	a 2 ore (dopo il bag. tiep.)	a 3 ore	a 4 ore	a 5 ore.
Temperat.	39,9 —	39,3 ——	39,0 —	39,4 —	39,7
Polsi	92 —	78 ——	96 —	100 —	106

Egual cosa si può dire per rispetto alla respirazione: se in generale la maggior frequenza della circolazione e la maggior temperatura febbrile si associano alla maggior celerità dell'atto respiratorio, non è però sempre e costantemente così. Nei miei febbricitanti trovai per questo riguardo eloquentissime cifre. Il maximum di frequenza fu di 44 rivoluzioni respiratorie al minuto, il minimum di 20. Questo si trovò unito a 56 pulsazioni e + 37 del termometro centigrado: quello con 120 pulsazioni e + 39 4|5 di temperatura. Ma un numero più frequente di pulsazioni (130) ed una temperatura assai più elevata (+ 43) trovai, nel caso già citato, uniti a sole 40 respirazioni; di queste la cifra stessa ebbi a vedere in altro caso coincidere con una temperatura di + 40, e sole 96 pulsazioni.

Stando al caso già citato del giovane muratore, è interessante notare, come, mentre la temperatura era già discesa di quattro gradi, e le pulsazioni rimesse di ben 26 per minuto, le respirazioni non erano ancora diminuite che di due rivoluzioni per minuto, quindi ridotte a 38 mentre i polsi erano 104 e la temperatura + 39. Ciò dimostra a chiare note quanta possa essere la indipendenza funzionale della respirazione e della circolazione tra di loro, come ben dimostrarono sperimentalmente i nostri fisiologi Moleschott e Moriggia; e l'indipendenza stessa della termogenesi da quelle due funzioni complessivamente considerate, sarebbe anche dimostrata.

La maggior frequenza del respiro nel decorso d'una febbre reumatica indica per lo più localizzazione patologica al petto, pleurite, polmonite, bronchite. La cosa non corre però sempre così, che se ne possa traggere con sicurezza una induzione diagnostica positiva. In un caso trovai 40 respirazioni (con + 40 di temperatura e 96 pulsazioni), senzachè pur ombra vi fosse di lo-

calizzazione patologica agli organi del respiro; e per contro in altri casi, malgrado localizzazioni al petto, trovai sole 32-28 respirazioni: ciò noto per mostrare quanto equivoci possano essere i risultati più ovvii ma unilaterali delle osservazioni cliniche: le quali naturalmente si rendono tanto più difficili, e complesse, quanto più si vogliono fare esatte, sì e come richiede la scienza moderna. Il linguaggio delle cifre è certo il più positivo, difficilmente però in medicina esse possono avere un valore assoluto, forse mai!

Un fenomeno importante nel decorso delle febbri, e qui parlo naturalmente sempre delle reumatiche in ispecie, su cui ho fatto maggiori osservazioni, sono le mutazioni che avvengono nella crasi delle orine: acquee nella invasione, esse si fanno ipostatiche nel decorso e nella declinazione febbrile; e la loro densità cresce quanto più si fanno cariche di materiali terrosi, che pel raffreddamento cessando di essere solubili si depositano: il maximum di densità osservata nei miei malati fu da 1021 a 1028; il che, dietro un calcolo approssimativo, equivale ad una proporzione da 42 a 56 p. 1000 di principii solidi contenuti nell'orina per effetto degli sdoppiamenti prodotti dall'aumentata combustione molecolare che ci dà la precipua ragione del calore febbrile.

L'ipostasi orinosa credo sia un sintomo, non una vera crisi della febbre: se tale fu creduta, egli è perchè a volte coincide colla declinazione e colla terminazione della piressia: ma vuolsi osservare che soventi si prolunga dopo e anche a lungo. Con tuttociò la è però un modo sicuro di eliminazione di prodotti morbosi, simile a quello delle ipercrinie, le quali o spontanee o promosse dall'arte riescono sempre utili, come quelle che semplificano di assai lo stato febbrile e temperano specialmente la termogenesi fisiologica accresciuta.

Egli è un fatto che la febbre in genere costituisce uno stato morboso tanto più grave e pericoloso quanto è maggiore il grado di temperatura, e quanto più questo aumento di calor fisiologico si prolunga. Oltre il 40° grado v'ha tale smania e uggia e ambascia e inquietudine e malessere che l'individuo mal può reggere a lungo quest'elevata temperatura. A 42 gradi, e più secondo il Wunderlik la febbre minaccia la vita in mezzo a gravissimi sintomi (1). Nel caso in cui trovai un calore di + 43 l'individuo per certo non avrebbe resistito a lungo se tale temperatura avesse perdurato: esso guarì, ma non senza avere presentati sintomi assai gravi, compreso il delirio: quindi facilmente si comprende come per mezzo di così elevata temperatura le febbri prendano facilmente la forma maligna o tifoidea che le può rendere pericolose e fatali anche indipendentemente da ogni località patologica. Basterebbe questa ragione diagnostica e pronostica per mostrarci l'importanza della esplorazione termometrica nelle malattie febbrili: quindi è che il termometro clinico non ha soltanto importanza dal lato scientifico e teorico, ma giova anche alla pratica medica sì e come, e forse più ancora di altri mezzi di esplorazione fisica! Ciò valga per incoraggiare gli studiosi a farne lor pro; oramai le espressioni di pelle calda, urente, tiepida, freddiccia, fredda non possono più avere grande valore nella descrizione de' stati morbosi febbrili: l'esame della temperatura centrale e della periferica, delle parti sane

(1) In molti casi osservati dal Wunderlick la temperatura di + 41,6 C. fu sempre fatale con una sola eccezione. Alla temperatura di + 41,4 C. i casi di morte superarono quelli di guarigione del doppio. A + 41,25 C. i casi di guarigione si rendevano più frequenti. Da queste osservazioni Liebermeister deduce (l. c.) che a misura che la temperatura va oltre + 41 C. il pericolo della vita si accresce per ogni frazione di grado.

e delle parti malate vuol essere fatto con istromenti di precisione, i quali saggiamente adoperati e metodicamente, possono correggere di molti errori de' nostri organi del tatto, i quali al postutto dànno sempre sensazioni relative, epperciò meno esatte.

La durata della febbre reumatica ne' casi osservati in clinica fu molto varia: col riposo, colla rimozione di tutti gli stimoli, col regime dietetico rigoroso, coll'uso di qualche pozione diaforetica, resa ad un tempo emeto-catartica (infusione di tiglio stibiata, alla dose da 0,02 a 0,10 per 500 grammi), con qualche eccoprottico o lassativo, senza ricorrere alla flebotomia, il corso del periodo febbrile fu da tre a sette giorni o poco più: al 6°, al 7°, all'8°, al 9°, al 10°, al 12° molti poterono lasciare l'ospedale intieramente guariti: se altri dovettero prolungare la loro permanenza nell'ospedale a 20-30-40 giorni ciò fu per disordini funzionali parziali, neuralgie, catarri, amenorree, congestioni viscerali, processi flogistici e simili accompagnature o successioni morbose, che fanno diverse indicazioni terapeutiche; alle quali il clinico deve soventi soddisfare indipendentemente dalla cura diretta allo stato febbrile, della quale ho detto abbastanza nel mio primo rendiconto, perchè chi 'l lesse possa conoscere il metodo ch'io seguito; esso tanto bene mi riesce, che io non cesso dal raccomandarlo ai miei allievi e colla parola e coll'esempio.

Febbre iperemica. — Ho ragionato finora in particolar modo delle febbri reumatiche; ben meritava questa precedenza la grande maggioranza delle medesime; dirò ora brevemente delle febbri pletoriche: il piccolo numero di queste non mi permette guari di discendere a conclusioni generali; tuttavia ho rilevate nel loro decorso alcune particolarità che mi paiono degne di riguardo. Prima di tutto, per ciò

che spetta alla temperatura devo dire che in genere non la trovai nè molto elevata, nè molto sostenuta: il maximum segnato dal termometro fu di + 39 2|5 e ancora in quel caso trattavasi di donna affetta da febbre reumatico-pletorica: l'esplorazione dava questo risultato alla prima visita della sera: nel mattino vegnente la temperatura era già ridotta a 37 2|5: alla sera, 24 ore dopo l'entrata, discendeva a 36 3|5; e il giorno dopo riducevasi a 36.

In altro caso di febbre continua iperemico-cefalica che durava da 6 giorni senza accompagnatura reumatica, il termometro alla prima esplorazione segnò + 38 3|5, ma il giorno dopo già discendeva a + 36 1|5; e la successione morbosa di accessi febbrili periodici, cui l'individuo era stato lungamente soggetto prima, lasciò credere che l'elevata termogenesi non fosse tutta in rapporto colla natura iperemica della febbre. Tant'è che al quinto giorno dall'entrata, dopo un accesso febbrile con uno stadio freddo di 3 ore, potè essere di nuovo constatata la temperatura di + 38 3|5, che nella sera del giorno successivo andava fino a + 40, quantunque e prima e poi, dopo l'amministrazione dell'antiperiodico, la temperatura di quell'individuo abbia sempre oscillato tra + 36 1|5 e + 36 3|5.

In un robusto facchino d'anni 40 in cui lo stato di pletora costituzionale e la natura iperemica delle malattie febbrili più volte sofferte erano dimostrati da alcune centinaia di salassi (egli disse 600) impunemente tollerati in malattie diverse spontanee e traumatiche (tra cui una ferita d'arma da fuoco riportata sotto Peschiera, per la quale in sei mesi gli furono praticati quaranta salassi o forse più); e il fondo iperemico della attualità febbrile era contraddistinto dai caratteristici crampi, formicolii, intorpidimento di membra, conge-

stioni viscerali: in questo facchino, dico, il maximum di temperatura constatato al dì dell'entrata fu di 37 1|5, quantunque da 8 giorni durasse il fatto morboso: e successivamente il termometro segnò + 37, + 36 3|5, + 36 2|5.

In una robusta cameriera, muscolosa, polipionica, di anni 27, in cui lo stato pletorico costituzionale era rivelato e dalle facili emorragie nasali vicarie di mestruazione scarsa, dolorosa, insufficiente; e dalle precedenze morbose curate e guarite sempre colle sanguigne sottrazioni; e dalla natura dei fenomeni morbosi in atto, come faccia suffusa, integumenti turgidi di sangue, cefalea gravativa e pulsante, crampi, ecc.: e dalla cura che si rese necessaria (due salassi dal piede ed un sanguisugio ai vasi emorroidali, indicati anche dalla mestruazione in ritardo); la temperatura non andò oltre i + 37 2|5, e dopo i salassi discese tosto a + 36.

Quanto riguarda la temperatura nelle surriferite febbri iperemiche o semplici od associate ad altri elementi patologici merita adunque attenzione; e tanto più che i risultamenti della esplorazione termometrica non combinerebbero col calore *ad sensum*, il quale in questi ammalati è soventi assai pronunciato e tanto, che le febbri pletoriche distinguonsi in genere dalle reumatiche anche per ciò, che in quelle manca o è leggierissimo il brivido di freddo quasi sempre assai pronunciato in queste.

Ragion forse vorrebbe che la meno elevata temperatura nelle febbri iperemiche si mettesse in rapporto coll'oppressione generale di forze che le accompagna e colla maggior lentezza di polso e di respiro che in esse si osserva: e di vero raramente il polso si trovò dare oltre le 100 battute, soventi fu al di sotto di 90, di 80 e meno frequente ancora; e le respirazioni al maximum furono da 25 a 30; ma non vorrei essere corrivo nelle

mie conclusioni tirate da pochi fatti, all'osservazione dei quali non avendo potuto sempre essere presente io stesso, potrebbe essere mancata la voluta esattezza e quella precisione rigorosa che in una scuola di clinica, e con allievi o inesperti ancora o meno accorti, non sono sempre facili ad ottenersi. L'argomento era abbastanza importante perchè meritasse di essere segnalato: ulteriori osservazioni dimostreranno meglio e 'l fatto e la ragione del fatto: egli è un punto di quistione che vuol essere ancora studiato: per ciò appunto ho creduto prezzo dell'opera farne cenno.

Il diverso grado di temperatura cui giungono le febbri iperemiche comparativamente alle reumatiche ed alle catarrali non è un ozioso studio di piretologia astratta; esso ha importanza diagnostica e quel che più monta anche curativa; per verità l'elemento pletorico e le congestioni viscerali sono appunto le sole sorgenti donde si devono trarre le indicazioni delle sottrazioni di sangue per la cura delle febbri: alla deplezione sanguigna soventi spontaneamente s'avvia il fatto morboso per le emorragie; mancando queste, ad imitazione di natura, l'arte può promuoverle o colla flebotomia ne' casi di forte orgasmo febbrile, o meglio coi sanguisugi abbondanti e prolungati, i quali, per l'emorragia capillare che producono, sostituiscono assai bene li profluvii sanguigni naturali. Ben inteso però che tale indicazione non è assoluta ed impreteribile, potendosi benissimo depletorizzare il sistema vascolare generale e viscerale colla cura rigorosamente negativa, impedendo l'entrata in corpo di nuovi materiali, od eccitandone una maggiore uscita coll'aumento delle secrezioni ed in ispecie della diuresi e della catarsi. Egli è specialmente per queste ipercrinie che nella febbre iperemica e nelle sue successioni morbose tanto giovano i sali neutri e le pol-

veri temperanti e i purganti salini, che il pratico illuminato saprà sempre sostituire senza alcun danno, anzi con molto vantaggio alle sottrazioni sanguigne: queste, riservate ai casi di pretta necessità vengono pertanto a costituire piuttosto l'eccezione che la regola terapeutica, come ebbi già a notare nell'altro mio rendiconto (pag. 36).

Dei citati casi di febbre iperemica osservati negli uomini in un solo ebbi a ricorrere ad un sanguisugio ai vasi emorroidali per vincere la persistente iperemia cefalica, e successivamente alle coppe scarificate sui lombi per superare la rachialgia lombare d'indole anch'essa iperemica: e delle cinque donne malate di febbre reumatico-pletorica una sola fu salassata: di essa ho parlato sopra. Le altre tutte guarirono senza che lor fosse tratta pur una goccia di sangue, e in 7, 9, 12 giorni: mentre quella che fu salassata dovette rimanere nell'ospedale ben 16.

Noto questa circostanza per rispondere a coloro che, ammettendo la possibilità della cura di una febbre anche senza salassi, avvisassero potere i medesimi facilmente e sempre accorciare la durata della malattia: ciò non è; il corso della malattia, sia pure una febbre con iperemia, è subordinato agli elementi causali, alla sua entità, alla gravezza molto più che non al trattamento curativo; chè per vie diverse si può arrivare allo stesso fine. Il salasso può vincere prontamente una febbre iperemica che indipendentemente da esso sarebbesi fors'anche vinta colla semplice cura negativa, col nitrato di potassa, col solfato di magnesia opportunamente amministrati: e viceversa, malgrado ripetute sanguigne, possono perdurare le congestioni, può riaccendersi facilmente la febbre, può protrarsi la malattia, come vidi in quella donna che citai nell'altro mio rendiconto (pag. 35), e che stette nello spedale ben 68 giorni! I fatti sono fatti! Basta studiarli spassionatamente, e senza prevenzione, e poi non c'è pericolo che c'illudano.

Febbre gastrica. — Se dovessi dare minuto ragguaglio di tutte le varietà di sinoche cennate sopra (V. il quadro statistico della pag. 150), dopo la febbre pletorica troverebbe il suo luogo la febbre gastrica; ma comecchè due soli esempi io me n'abbia avuto, mi dispenserò di farne parola, e anche per ciò, che furono di poco momento: solo noterò quali punti di contatto essa abbia colla febbre catarrale. Fu per lungo tempo usanza di chiamare catarrali le febbri con accompagnatura morbosa delle vie respiratorie, corizze, angine, bronchiti: stando al valore oggi dato alla parola catarro la è una febbre catarrale anche quella che s'associa alla diarrea reumatica, detta pure catarro intestinale; e siccome in un con essa vi può essere associato ancora un forte catarro di ventricolo, come in uno dei casi occorsi in clinica, così è che la febbre gastrica in tal caso potrebbe essere sinonimo di febbre catarrale: questa sarebbe il genere quella la specie: a volte però la febbre gastrica in cui naturalmente il catarro di ventricolo è sempre assai pronunciato, sta, come nell'altro caso osservato in clinica, indipendente da causa reumatica; dipende, ad esempio, da cause morali che colpirono un individuo nell'atto della digestione, oppure da disordini dietetici; ed in allora non potrebbe confondersi colla febbre che ho chiamata *reumatico-catarrale*: egli è perciò che nelle mie lezioni di piretologia ho creduto sempre di conservare la distinzione dei sopranominati generi febbrili, i quali però non sono sempre entità nosologiche abbastanza distinte da non potersi facilmente confondere assieme, massime per la composizione di molteplici influenze causali, quali nelle cliniche occorrono ben di spesso.

Febbre tifoide. — Sono appunto queste ragioni eziologiche molteplici, e le successive molteplici localizzazioni patologiche che ne derivano, le quali dànno luogo alle forme febbrili

tifoidee. Di queste ebbi due soli esempi nell'anno clinico di che discorro e proprio sul termine del medesimo, in luglio ed agosto (1). Entrambi occorsero tra gli uomini. Uno non fu grave, e si riferì ad un giovanetto tredicenne, piuttosto gracile, dato ad un vitto grossolano e ad un genere di vita assai faticoso, relativamente alle sue forze: in esso si osservò il lento decorso, cioè oltre un mese di malattia, e dieci giorni di durata della febbre prima dell'entrata nell'ospedale: poi le tre localizzazioni viscerali; la cefalica rappresentata da intensa cefalea gravativa; la pettorale resa manifesta dalla tosse e dai rantoli bronchiali diffusi (bronchite); l'addominale espressa da abbondante catarro intestinale. La temperatura non andò oltre il + 39 del centigrado.

Assai più grave fu l'altro caso, osservato in un giovane d'anni 18. Quando entrò nell'ospedale lo stato di

(1) Tutti e due questi malati furono curati nelle sale comuni senza che alcuno abbia avuto a risentirne danno. La promiscuità delle febbri tifoidee colle malattie comuni nel nostro spedale è antica abitudine della quale nessun medico ebbe a riconoscerne il minimo inconveniente mai. Il noto ad onore nostro perchè ultimamente, in un breve sommario clinico, il Prof. Salvatore Tommasi citava il grande spedale di Praga nel quale si ebbe gran vantaggio nella statistica mortuaria dopochè i malati di tifo erano stati diradati framezzo agli altri, mentre da prima, ricoverati in apposita corsìa, ne restavano aggravati. Questa la è una grande ma per noi non nuova verità, applicabile a tutte le malattie infettive, al tifo come al colera. Amerei che se ne persuadessero gli ultra contagionisti! essi per convincersene non dovrebbero andare fuori di Italia: nell'Ospedale maggiore di Torino e tifici e colerosi in ripetute invasioni epidemiche furono tenuti promiscuamente o quasi, e senza diffusione di morbo. È un risultato sperimentale che dovrebbe rassicurare anche i più timorosi quando sistematiche prevenzioni e concetti aprioristici loro non offuscassero la mente !!

malattia durava da parecchi giorni e aveva preso le forme di una febbre remittente quotidiana; anzi a volte due esacerbazioni febbrili notavansi in un sol giorno. Era fin da principio notevole la localizzazione morbosa al capo (cefalea gravativa, sonnolenza, susurro negli orecchi, grande prostrazione): non mancavano sintomi addominali (catarro gastro-intestinale): ma non tardarono a svolgersi gravi sintomi anche dal lato del petto; gli sputi sanguigni comparsi al 7° giorno di permanenza nell'infermeria, l'ottusità di suono toracico al margine posteriore di destra, il soffio tubario pronunciatissimo, in un coi rantoli mucosi così detti o sottocrepitanti, sparsi, indicarono lo sviluppo di una bronchio-polmonite destra; la temperatura andò oltre i + 40 gradi, la frequenza del polso arrivò a 110, la sonnolenza si cangiò in sopore, si rese più sensibile e grave il dolore alla fossa ileocecale, comparve il delirio, e malgrado l'uso di blandi emeto-catartici, di applicazioni fredde sul capo e di rivulsivi applicati sulle estremità e sul petto, la forma morbosa tifica si rese sempre più chiara. Furono notevoli le alternative di miglioramento mattutino e di peggioramento vespertino, nelle ore antimeridiane il polso discendeva a 100, a 95, e la temperatura soventi arrivava appena a + 38, mentre alla sera rendevansi assai più frequenti le pulsazioni arteriose e la temperatura segnava + 40 e qualche frazione di grado. Dopo 12 giorni, senza che progredisse in aumento la temperatura, la quale al 13° anzi arrivava soltanto a + 39 nelle stesse ore pomeridiane, il polso si fece rapidissimo, a 130 a 140 e celere e uoto, con accompagnatura di tumulto e disordine cardiaco e somma prostrazione. Al 14° giorno un'abbondantissima eruzione migliare di poco precedeva la morte, che avveniva quasi *ictu fulminis!*

Duolmi, che, stante la stagione estiva, ragioni ammini-

strative, abbiano impedito di fare la sezione cadaverica, quale per l'istruzione non poteva essere motivata, postochè la scuola era terminata: avrei amato poter produrre i risultati necroscopici più caratteristici delle febbri tifoidee (dotinenteria), quali in quel caso si sarebbero sicuramente trovati, per dimostrare coll'appoggio dell'anatomia patologica l'aggiustatezza della mia diagnosi, per cui il fatto venne cennato piuttosto parlando della febbre tifoidea, che non all'occasione in che discorrerò della febbre migliare; questa nel caso concreto fu una complicanza, se vuolsi dire un epifenomeno che per esaurimento vitale contribuì all'esito infausto e spiega anzi il modo rapido con cui avvenne. Per verità gli esempi di questa morbosa composizione, abbastanza frequenti, autorizzerebbero l'opinione di coloro che dell'ileotifo e della febbre migliare fanno una sola entità morbosa, se altri fatti, come ho già notato nel primo mio rendiconto (pag. 48), e come anche in questo riferirò più sotto, non facessero preponderare la bilancia per l'opposta sentenza, della quale mi faccio sostenitore.

Nella nosologia in genere, e nella piretologia in particolare sonvi fatti semplici, genuini, regolari, i quali come tipi, direi, servono molto bene a distinguere le individualità morbose; e per contro sonvi fatti composti, complicati, larvati, irregolari che mentre imbarazzano a volte il clinico, si prestano poi alle più svariate interpretazioni dei patologi: quando non bastasse l'esempio della febbre tifoidea e della migliare, dimostrerebbero la verità di questa asserzione le

Febbri remittenti. — Trattando dell'effimera e delle sinoche che sono considerate in nosologia quali febbri continue, ho già notato come nel loro decorso a volte io abbia osservate delle vere remissioni, e anche nell'ultimo discorrere che feci delle febbri tifoidee accennai a no-

tevoli remissioni mattutine con esacerbazioni vespertine. La remissione pare la sia adunque abbastanza comune alle stesse febbri *continenti* ; ma a volte è più, a volte meno marcata, a volte più, a volte meno prolungata; a volte legata con un corso veramente continuo di stato febbrile dichiarato, a volte subordinata direi a quell'influenza morbosa che le febbri intermittenti produce e le periodiche : indi la ragione per farne speciale parola.

Dei malati ricevuti in clinica soli 4 ebbero nella formola diagnostica compresa la febbre remittente; tre furono maschi ed una femmina: uno in marzo, uno in aprile, due in giugno : la stagione primaverile e l'estiva predispongono molto a queste febbri, ciò a me risulta da molto più numerose osservazioni fatte nella mia sezione dell'ospedale, dove mi fu sempre più facile studiare le malattie stagionali. Raramente tra noi queste febbri sono dipendenti da influenza morbosa specifica , per lo più dipendono da cause comuni, quindi si associano soventi con fatti morbosi reumatici, catarrali , pletorici. Ciò avvenne anche nei quattro casi di che faccio cenno in questo rendiconto, permodochè, se meglio che alla forma, alla natura, al fondo patologico si volesse badare, essi potrebbero benissimo essere sommati colle febbri reumatiche, pletoriche, catarrali delle quali ho tenuto discorso sopra. In due casi la precedenza di febbri a periodo poteva lasciare credere la remittenza attinente all'abitudine contratta dal sistema nervoso per tali forme morbose, ma negli altri due siffatta precedenza non potè essere constatata.

In nessuno di questi quattro casi osservaronsi fenomeni di tale importanza da meritare qui un cenno speciale : di alcune località patologiche complicanti parlerò a suo tempo ; avvertirò soltanto che il maximum di tem-

peratura osservato in queste febbri fu di + 39 e 2|5 del centigrado, e il maximum di frequenza del polso, fu di 120: ciò alla prima esplorazione nel giorno dell'entrata nell'ospedale. Nel caso stesso a cui si riferiscono questi massimi, al giorno successivo la temperatura si era già abbassata a + 36 3|5 e le pulsazioni ridotte a 70.

A conferma della indipendenza che possono avere tra loro respirazione e circolazione e termogenesi, della quale ebbi ad occuparmi superiormente (pag. 82 e 83) credo interessante notare come il caso osservato nella infermeria femminile si riferì ad una donna dismenorroica e molto male andata di fisico per abuso di salassi fatti allo scopo di regolare la mestruazione (!!); mentre il termometro in essa segnava + 37 3|5 e le pulsazioni erano a 90; senza che alcuna località morbosa vi fosse nè al polmone, nè al cuore, le respirazioni sommarono a 48; questo fatto credetti di potere mettere a calcolo di grande mobilità nervosa: tanto fu vero che il fenomeno morboso presto cessava col solo riposo e 'l regime dietetico negativo, coll'aggiunta di pochi compensi terapeutici (acqua imperiale, qualche diaforetico, qualche lassativo e simili). Tale fu appunto la cura generale adottata contro queste febbri remittenti, che in breve tutte guarirono. La permanenza nell'ospedale non andò oltre agli otto giorni se non quando vi furono complicazioni morbose. Altro di notabile non avendo osservato circa le remittenti passo alle

Febbri intermittenti. — Il numero di queste febbri, relativamente al totale dei malati, fu in quest'anno meno ragguardevole: facendo astrazione di alcune accidentalità morbose che nelle malattie diverse possono correre a tipo periodico, i casi nei quali si dovettero comprendere nella formola diagnostica veri accessi febbrili furono, come

nel biennio scorso ripartiti inegualmente fra i due sessi,

essendo stati tra gli uomini 18

tra le donne 8

—

totale 26

Relativamente alle stagioni in che ebbero luogo abbiamo questo risultato sommario:

Novembre	casi	3	Aprile	casi	1
Dicembre	»	0	Maggio	»	1
Gennaio	»	4	Giugno	»	3
Febbraio	»	2	Luglio	»	4
Marzo	»	3	Agosto	»	5
		—			—
		12			14 totale 26.

Ben poco o nulla si potrebbe conchiudere da queste cifre, circa la predisposizione che i varii mesi e le varie stagioni dell'anno possono fare allo sviluppo delle febbri periodiche tra noi, quando altri ragguagli non si possedessero. Se si riflette però che i fatti osservati in novembre, in gennaio, in febbraio, in marzo furono per la massima parte febbri antiche e recidive, di origine miasmatica e côlte alcune in Sardegna, in Corsica, nelle provincie meridionali d'Italia, in luoghi paludosi e di mal aria anzichè nelle regioni piemontesi: se si pensa che li stessi tre casi osservati in giugno 1865 si riferivano a febbri svoltesi fin dall'agosto 1864 e più volte recidivate: se si considera per contro che i nove casi osservati in luglio ed agosto nei soli uomini furono tutti di origine locale e recente, non si può a meno di riferire questi piuttosto all'influenza stagionale presente, a cui per ragion di mestiere dovevano più facilmente essere soggetti i maschi, e quelli ad altre influenze causali, cui i due sessi potevano essere stati egualmente esposti. E di vero se le febbri di origine miasmatica in genere possono indiffe-

rentemente colpire e maschi e femmine, quelle da cause comuni, lavori eccessivi, disordini, vicissitudini atmosferiche estive, naturalmente devono colpire specialmente gli uomini, a queste cagioni più facili per ragioni moltissime, che, dopo avere studiate le professioni e 'l genere di vita dei nostri malati, non occorre più oltre ripetere. La poca gravità e la facilità di cura dei casi di febbri intermittenti osservati in luglio, ed agosto, mostrarono appunto come i medesimi fossero di preferenza attinenti alle cause comuni ed alla influenza della stagione estiva, mentre quelli occorsi nei mesi precedenti, per la massima parte di origine miasmatica, si riferivano di preferenza alla stagione autunnale decorsa: nessun caso ebbe il suo primo sviluppo nell'inverno, pochi nella primavera. Ecco come ragionando intorno a dati statistici e non prendendoli materialmente quali risultano dalle *cifre brutte* si possa venire a conclusioni che assai più calzano col vero.

Per rapporto al tipo ed al carattere delle febbri periodiche notiamo in quest'anno una grande minoranza di febbri terzane, ed un numero maggiore di febbri quotidiane, come risulta da questo quadro:

Febbri a tipo quotidiano semplice	11
— a tipo quotidiano doppio	1
— a tipo terzano semplice	5
— a tipo quartano triplicato	1
— a tipo vario	5
— a tipo irregolare con cachessia paludosa . .	1
— perniciosa a tipo quotidiano	1
— perniciosa a tipo irregolare	1
totale	26

Non è senza interesse il caso di febbre quartana triplicata. Essa si osservò in una contadina nativa ed abitante al *Lingotto* (frazione del Comune di Torino situata

nella parte più meridionale della città, dove non raramente si osservano febbri periodiche per la quantità di praterie irrigue e 'l terreno alluvionale sul quale esse sono coltivate): essa aveva già sofferto più fiate attacchi di febbri periodiche che durarono due ed anche una volta ben otto mesi: in quell'epoca fu salassata 15 o 16 volte. Conseguenza delle febbri, e anche della cura impropriamente fatta, fu uno stato di ipoglobulia con infarcimento dei visceri addominali e aumento di volume della milza che fu trovata doppia del naturale. Quando entrò nell'ospedale alla metà di marzo aveva di già avuti dieci o dodici accessi, coi tre stadii ben distinti, quotidiani, ma con intensità a grado variante così, che il primo accesso corrispondeva al 4°, il secondo al 5°, il terzo al 6°; che realmente il tipo fondamentale fosse il quartano ben il dimostrò l'andamento successivo, avvegnachè semplificata la febbre coll'arseniato di potassa siansi dichiarati accessi di vera quartana, i quali, essendosi complicati con uno stato reumatico (durante il quale, per dirla di passaggio, osservai un aumento di qualche frazione di grado della temperatura, comparativamente agli accessi periodici primitivamente studiati), in via di maggior urgenza furono tronchi col chinino.

Intorno alle ore della manifestazione febbrile notai:

Invasioni mattutine, comprese le meridiane . .	9
Pomeridiane, vespertine e notturne . . .	11
Mutabili	6
	26

La durata dell'accesso febbrile fu varia assai, cominciando da poche ore sino al giorno intiero ed a più giorni, come in una delle perniciose occorse: in genere la permanenza nell'ospedale e la cura negativa e le in-

dicazioni puramente sintomatiche ebbero sempre per effetto di diminuire la durata degli accessi e di renderli meno frequenti: i tipi composti si fecero semplici, le quotidiane si cambiarono in terzane più d'una volta. Soventi bastò la cura dell'omopatia perchè la febbre cessasse anche senza specifico. In cinque casi adoperai l'arseniato di potassa: in tre la cura fu fatta col calomelano per l'esistenza di notevole ipersplenotrofia; in altri casi adoperai il chinino; tra questi sonvi i due casi di perniciosa e tutti quegli altri in cui l'esistenza di gravi complicazioni o le condizioni speciali degli ammalati affetti da altre malattie facevano indicazione più premurosa, come nel caso sopra citato. Per maggiori ragguagli intorno al metodo ch'io tengo nella cura delle febbri a periodo prego il benevolo lettore a voler consultare quanto ne ho scritto nel precedente mio rendiconto (da pag. 39 a pag. 43).

Per evitare inutili ripetizioni, mi compiaccio in questo mio scritto cennare alcunchè piuttosto della sintomatologia delle febbri a periodo. Anche in queste come nelle febbri continue l'elevata temperatura è un fenomeno della massima importanza, ma per l'intermittenza e la breve sua durata più difficile a studiarsi che non quando a lungo si continua. Stando ai casi in che l'applicazione del termometro potè essere fatta nel maximum d'intensità della febbre, risulterebbe che il più elevato grado di temperatura fu di + 40 e + 40 1|5: soventi anche nello stadio così detto del calore e mentre il polso batteva ben oltre le 100 pulsazioni, la temperatura rimanevasi a + 38 2|5 a + 39 1|5 per discendere naturalmente di un grado e più nel periodo del sudore e ridursi a + 37 + 36 e forse meno ancora nell'intervallo della apiressia. Nei due casi di febbre perniciosa l'esplorazione termometrica duranti li accessi non venne fatta.

In un caso di terzana semplice recidiva, con ingorgo splenico, la temperatura durante lo stadio così detto freddo fu trovata di + 39 1|5 mentre nel successivo stadio del calore la si trovò di soli + 37 4|5, con una diminuzione cioè di circa un grado e mezzo ; decisamente quelle antiche denominazioni non reggono al termometro clinico!

Relativamente ai rapporti della respirazione, della circolazione, della termogenesi nelle febbri periodiche raccolsi qualche fatto d'osservazione non immeritevole di essere cennato, se non per altro, come argomento di studi ulteriori.

In un caso di febbre quotidiana recidiva con forte ingorgo splenico, al giorno dell'entrata, nel quale soltanto potè essere constatato l'accesso febbrile, la temperatura era a + 40, il polso 118, le respirazioni 22 soltanto.

In un altro caso di febbri anche recidive con ingorgo splenico e cachessia paludosa, e accessi ricorrenti a tipo vario, quotidiano prima, poi terzano, durante il maximum d'intensità febbrile fu trovata la temperatura di + 39 1|5 con 112 pulsazioni e 36 respirazioni.

In un terzo caso di febbre quotidiana con contrattura reumatica, la temperatura fu di + 38 2|5 mentre le pulsazioni erano 132, le respirazioni 32.

E in un quarto caso di periodica quotidiana complicata con pleuropolmonite e reumatismo trovai + 40 1|5 di temperatura, 108 pulsazioni, 32 respirazioni.

Potrei citare altri casi, ma questi basteranno per meglio confermare la tesi enunciata a pag. 82 e 83 parlando delle febbri reumatiche: stando al fatto primo di quelli che ho ora cennati, sarebbe dimostro che l'indipendenza funzionale tra la termogenesi, il respiro e 'l circolo è anche più marcata nelle intermittenti che non nelle febbri continue : il problema però è sempre così complesso, e le ragioni causali dei fenomeni patologici, così conside-

rati individualmente, come collettivamente, sono tali e tante che non vorrei per fermo venire ad una conclusione assoluta, ch'io per primo direi precipitata.

Lasciando in disparte per ora tutto che riguarda le omopatie, e le complicanze delle febbri a periodo, dovendo a suo tempo occuparmene giusta l'ordine di trattazione che mi sono prefisso, accennerò brevemente due casi clinici, i quali per diversi riguardi mi paiono interessanti. Voglio dire delle

Febbri perniciose. Una occorse in luglio mentre la costituzione atmosferica era calda e la costituzione morbosa dominante nulla presentava che sia degno di speciale menzione. Ne fu il soggetto un robusto cocchiere d'anni 23, d'abito cefalico pronunciato, nativo di Monforte ed abitante in Torino, dato ad una vita faticosa e disordinata, con abuso di liquori e vino: senza precedenze morbose conosciute, egli ebbe due accessi semplici a tipo quotidiano prima di entrare nell'ospedale: al terzo accesso comparve insieme colla febbre il delirio che rese la forma morbosa imponente assai. Una buona dose di persolfato di chinino fu tosto amministrata (gramma 1,60) e con questa altro accesso più non occorse.

L'ammalato stette ben 27 giorni nell'ospedale per liberarsi di una residua cefalea, ma il risultato curativo per ciò che si riferisce alla forma perniciosa non poteva essere più brillante e più pronto. Per me credo che l'alcoolismo v'abbia avuto molta parte. Fu il *delirium potatorum* che s'aggiunse ad un accesso di febbre periodica e ne la rese perniciosa (delirante): non credo vi avesse parte alcuna influenza miasmatica: non era quindi effetto di alcuna infezione: cessò col chinino come cessa ogni forma periodica nanti questo principe dei rimedi antiperiodici, il quale, a mio vedere, non cura gli accessi di febbre neutralizzando il miasma febbrile

che può mancare; ma agisce piuttosto quale modificatore particolare del sistema nervoso.

Faccio parola del come teoricamente io concepisca l'azione del chinino nella cura delle febbri a periodo, non per altro che per dichiararmi poco amico dell'opinione di coloro i quali ammettendo nel chinino un'azione antiputrida, antifermentativa, antimiasmatica propongono a sostitutivi del medesimo i solfiti ad es.: i quali se giovano nelle febbri periodiche, semplici e benigne, contro le quali mille rimedii possono tornare egualmente utili, giammai potrebbero meritare confidenza assoluta nelle febbri gravi e perniciose (1).

L'altro caso di cui intendo parlare è anche più rimarchevole dell'ora narrato. Diversa ne fu l'origine; identica però ne fu la cura. Esso si riferisce ad una tabaccaia lavorante al R. Parco, situato al nord della nostra città, dove per l'abbondanza di prati irrigui e per la vicina confluenza di alcuni torrenti nel Po, dominano, massime in autunno, frequenti le febbri periodiche. Non constò pur tuttavia dalla storia anamnestica remota che la donna ne avesse sofferto mai. Madre di 7 figli, essa non ricordava altre malattie che febbri reumatiche curate sempre con alcune cavate di sangue, e leggieri accessi convulsivi avuti ne' due ultimi puerperii: furono questi di così poca entità, che cessavano coll'uso del semplice infuso di fiori di camomilla, genere di panacea molto favoreggiata dalle donne, e si direbbe non tanto a torto, se fossero vere tutte le virtù che alla Matri-

(1) A proposito della medicina solfitica nella cura delle febbri periodiche, vedi il giudizio che per organo mio ne ha portato nel suo Rapporto la Commissione esaminatrice dei titoli dei concorrenti al 1° premio Riberi, tra cui figurò con distinzione il dott. Polli di Milano (pag. 31 e seguenti).

caria romana attribuisce un celebre trattatista italiano, il Franceschi (1).

La storia anamnestica prossima venne così raccontata: correva il 16 gennaio quando la misera, senz'altra causa apparente che domestici dispiaceri, fu colpita da accessi convulsivi con perdita della conoscenza, particolare alterazione della fisionomia e grande prostrazione di forze: tali accessi ripeteronsi più volte con ricorrenza irregolare, accompagnandosi con sempre più gravi sintomi cerebrali, convellimenti generali e parziali alla faccia, smarrimento dei sensi; per ciò il giorno 20 il medico che la prese in cura credette urgente di farle praticare tre salassi a brevissima distanza l'uno dall'altro. L'effetto fu che il giorno 21 si passò senza nuovi attacchi convulsivi; si credette alla guarigione, che, come era naturale, dalle pronte sottrazioni sanguigne ripetevasi: queste però non fecero che togliere l'iperemia cerebrale senza combattere la malattia larvata che sotto vi stava. Tanto è, che il giorno 22 l'ammalata ricadeva in uno stato più grave di prima; alle convulsioni erasi sostituito un profondo letargo con insensibilità assoluta: l'idea diagnostica di un fatto cerebrale iperemico-flogistico e 'l criterio *a juvantibus* fecero ritornare il medico alle sottrazioni di sangue che per ben due volte furono nuovamente ripetute dal piede; e intanto tre vescicanti erano applicati uno alla nuca, e due alle gambe. Migliorò temporaneamente ma non guarì e 'l 23 mattino circa al mezzogiorno, comparve un forte delirio con agitazione, che durò furibonda sino alle 9 di sera: diminuì poscia ma non cessò intieramente nei successivi giorni 24 e 25: in quest'ultimo

(1) V. il già citato mio rapporto sui concorrenti al 1° premio Riberi tra cui vi fu anche il Prof. Franceschi (pag. 73 e 74).

dì fu tradotta all'Ospedale nelle ore pomeridiane. Eccone lo stato presente:

L'abito esterno pallido, anemico, macilento: la faccia composta, gli occhi scintillanti ed animati: i movimenti disordinati ed irregolari con carpologia e crampi alle estremità; miodesopsia con pupilla dilatata e poco mobile, delirio vago con allucinazioni, cefalea: la temperatura naturale, la respirazione abbastanza frequente con rumor vescicolare oscuro alla base de' due polmoni; lo impulso cardiaco poco pronunciato, i toni distinti con soffio dolce alla base irradiantesi lungo l'aorta (soffio anemico), il polso piccolo, stretto, poco resistente, a 90; l'alvo chiuso da tre giorni, lingua coperta di patina mucosa, bocca amara, pastosa, inappetenza; area splenica molto estesa; area epatica normale: orine poco abbondanti ma limpide, senza sedimento di sorta: nulla di notevole nelle funzioni degli organi genitali.

A prima vista si sarebbe giudicato di un delirio nervoso attinente ad uno stato anemico, ma la storia anamnestica escludeva questo diagnostico. Volendo tener conto delle indicazioni prima prese, per un momento ancor io sospettai di una condizione iperemica o flogistica cerebro spinale; ma l'andamento saltuario dei fenomeni morbosi, la loro varietà, il modo di successione patologica (convulsione prima, poi letargo, infine delirio), la inutilità o meglio il vantaggio temporaneo soltanto ottenuto dai salassi, mi fecero nanti la scolaresca propendere per il diagnostico di una perniciosa a varietà di forme (eclampsica — letargica — delirante) e non mancava il criterio eziologico specifico: lo stato della milza dava un criterio sintomatologico importante; e 'l criterio terapeutico confermava a posteriori il giudizio portato.

Nella sera stessa dell'entrata e nella notte a più ri-

prese fu dato un gramma di persolfato di chinino in opportuno veicolo nervino : la notte trascorse senza accidenti e con perfetta calma.

Al mattino del giorno 26 persisteva la miodesopsia con leggiera carpologia, ben facile a comprendersi per le mosche volanti che all'ammalata offendevano la visione ; forti rombi negli orecchi ed un po' di sordità indicavano l'impressione del chinino sull'organo cerebrale. Ciò nulla meno a maggior sicurezza di esito, la dose del rimedio fu ripetuta.

Il 27 constatavasi perfetta apiressia ; l'ammalata provava un senso di ben essere, era meno pronunciata la miodesopsia, di molto diminuita l'area splenica, polso regolare con frequenza normale, temperatura fisiologica, soffio anemico al cuore cessato. Allo scopo di riparare l'aglobulia e di assicurare la cura della perniciosa, fu prescritto un gramma di idroferrocianato di chinino, che fu poi ripetuto alla stessa dose il 29 e 'l 31 gennaio. Con questa cura cessò completamente la miodesopsia, si migliorò progressivamente lo stato della nutrizione ; il 31 gennaio già poteva lasciare il letto senza inconvenienti, e 'l 4 febbraio abbandonava l'ospedale del tutto risanata.

Non amo far commenti ai fatti clinici quando parlano così eloquentemente di per se stessi. Nessun argomento meglio di quest'osservazione vale a dimostrare la necessità di un esame diagnostico rigoroso per arrivare ad una formola diagnostica precisa e tale che conduca direttamente all'applicazione terapeutica. Se le forme di febbre perniciosa larvata sono sempre difficili a riconoscersi massime nel principio della loro manifestazione, crescono le difficoltà anche più quando desse sono irregolari o successivamente variate, e quando il criterio *a juvantibus* si aggiunge temporaneamente al criterio sintomatologico per meglio imbrogliar la matassa. Può essere tuttavia

che lo stesso andamento irregolare e contrario alle ordinarie leggi della patogenia acquisti importanza diagnostica, e questo è appunto il caso di alcune perniciose; il caso narrato ne porge un manifesto esempio.

A mente mia nelle febbri perniciose il chinino non ammette succedanei; in genere però, anzichè le dosi prolungate quali ad es. nelle febbri recidivanti convengono, in quelle sono opportune le dosi alte e generose, prontamente amministrate; raro assai è il caso di recidive nelle perniciose, quindi superato l'accesso, impedita la prima ricorrenza altro non occorre che la cura sintomatica. Nel caso primo sopra narrato tale fu il sistema di cura seguito; nel secondo caso per lo incontro ho creduto bene di continuare il chinino, ma in tale forma (idroferrocianato) che non consiglierei per combattere la pernicie, mentre per contro l'adopro con assai vantaggio ogni qualvolta vi ha ipoglobulia, cloroanemia, stato nervoso, mobilità cardio-arteriosa, come appunto nella fattispecie le cavate di sangue cinque volte ripetute in meno di tre giorni avevano prodotto.

Nella mia clinica ho intieramente aboliti i salassi, che nelle febbri intermittenti in altri tempi ho visto praticare tra noi per metodo generale allo scopo di semplificare la febbre e di rendere più attivo il chinino, togliendo le omopatie così dette flogistiche, e che per vero soventi flogosi non sono; senza negare che in qualche caso, e massime nelle perniciose, possa a volte tornare utile una sottrazione di sangue come mezzo puramente idraulico, parlando in genere, le flebotomie nella cura delle febbri intermittenti credo o inutili o dannose. Inutili nelle febbri periodiche di origine reumatica, semplici, leggiere, che soventi dopo parecchi accessi cessano colla cura puramente negativa; inutili nei casi di periodicità dichiarata, insistente, recidiva, nei quali vuolsi lo specifico; inutili negli ingorghi

addominali e nelle ipertrofie epato-spleniche che col ferro e colla china, coi risolventi, coi purganti assai meglio si vincono, ricorrendo tutt'al più a qualche sanguisugio dai vasi emorroidali ; dannosi riescono poi dichiaratamente ogni qual volta v'abbia infezione, cachessia miasmatica, ipoglobulia, leucocitia, tendenza all'idroemia.

Tanta varietà di circostanze dimostra che male s'apporrebbe chi volesse trattare le febbri intermittenti con metodo unico, esclusivo e sistematico !

Nei casi osservati in clinica. durante l'anno scolastico di che ragiono. la cura fu molto varia ; in tre casi bastò la cura negativa pura perchè altri accessi più non si ripetessero : in parecchi casi il calomelano fece ragione di febbri da molti mesi recidive e ribelli ai più comuni metodi di cura ; in un caso di febbre quotidiana con tosse reumatica bastò l'aconito per vincere e reuma e febbre. In cinque casi adoperai come anti-periodico l'arseniato di potassa e con successo ; in uno di essi però la febbre ritornava e trattandosi di gravidanza complicante, con iperemie viscerali che ad ogni nuovo accesso accrescevansi, all'oggetto di guadagnar tempo, dopo il sale arsenicale usai il chinino: a questo amo dare sempre la preferenza ogni qualvolta per lo stato grave degli ammalati e per le malattie complicanti, m'accorgo potervi essere *periculum in mora* ! All'infuori di questa considerazione, il modo un po' corrivo con cui taluno dà le preparazioni chinoidee per avere il piacere di troncare prontamente accessi febbrili che con un buon regime, col riposo, coll'astinenza, con qualche succedaneo cesserebbero, parmi condannevole, se non dal lato clinico, dal lato economico.

Febbri eruttive. — Attenendomi all'ordine altra volta seguito , per completare il quadro delle febbri osservate in quest'anno clinico passo a descrivere le febbri erut-

tive distinguendo quelle che da un' infezione specifica dipendono da quelle che hanno origine da cause comuni. Tra le prime non ho a far cenno della rosolia di cui non ebbi esempio, ma devo dire brevemente della

Febbre scarlattina. — Questa si manifestò per caso isolato (1) in un giovane lombardo di anni 16, caffettiere di professione, gracile e linfatico. Le sue precedenze morbose erano pressochè tutte state attinenti al suo malo impasto organico (dermiti crostose al capo — corizze — otorree — diarree — elmintiasi): sul finire di marzo 1865 per le cause cui si espongono facilmente i fattorini dei caffè, fu preso da catarro congiuntivale e bronchiale con rigidezza dolorosa ai muscoli del collo e adenite cervicale: non fece cure, stette fra letto e lettuccio fino al 14 aprile: in questo giorno fu colpito da angina con febbre, la quale ebbe una marcata invasione a freddo. Nel giorno successivo (15) entrava all'Ospedale con febbre spiegata, cefalea, faccia suffusa, occhi scintillanti, senso di calore e di aridezza alle fauci, disfagia. Il 16 compariva un'eruzione di larghe macchie rosse che dalla faccia tosto si estesero al tronco ed alle estremità con qualche remissione ne' sintomi generali febbrili e nella localizzazione patologica delle fauci. Fu sottoposto ad una cura semplicemente negativa con bevande temperanti. Il giorno 19 era trasportato nello Instituto clinico al N. 156.

Al primo esame fattone in presenza della scolaresca l'abito esterno rendeva la diagnosi del tutto obbiettiva; larghe macchie, direi quasi un colore scarlatto uniforme degli integumenti comuni dal collo al tronco e da questo

(1) Un altro, esso pure isolato caso di scarlattina, osservai il 27 maggio 1865 in una ragazzina di tre anni già ricoverata per dermatosi lenta apirettica, della quale mi riservo parlare successivamente.

alle estremità mostravano la presenza dell'esantema scarlatinoso; moltissime vescicole di color bianco sudicio ne indicavano la forma migliare; l'integumento interno non era meno iniettato dello esterno (enantema): la lingua felina, rossa la mucosa delle fauci, tumide le tonsille; alvo sciolto per catarro intestinale; catarro bronchiale rivelato da rumor respiratorio molto soffiante; 30 respirazioni per minuto. Nulla di notevole si trovò nell'apparato uropoietico: le orine non segnarono presenza di albumina; e ciò si tenne in conto di favorevole pronostico. La febbre però continuava abbastanza gagliarda: tuttochè l'eruzione già fosse al terzo giorno, persistevano la cefalea e la sete: la temperatura segnava + 39 2|5, si contavano 120 pulsazioni e collo sfigmografo del Marey ottenevasi il qui segnato tracciato:



Mi pare notevole l'altezza e la direzione quasi perpendicolare della linea ascendente (sistole cardiaca) l'acutezza dell'angolo superiore, e l'ondulazione (dicrotismo) della linea discendente (diastole cardiaca).

Continuando la cura colla semplice emulsione di mandorle dolci, il miglioramento fu prontissimo: al giorno 20 la temperatura era già discesa a +37 e 'l polso a 100. Il 21 la temperatura era a + 36 4|5: il polso a 80 dava allo sfigmografo quest'altro tracciato:



Meritano attenzione, a mio vedere, la linea ascendente meno retta e meno alta, l'angolo superiore più largo, la linea discendente più lunga e quasi senza traccia di dicrotismo. Il primo tracciato corrispondeva allo stato

febbrile ; il secondo alla apiressia, al periodo di desquamazione della scarlattina, la quale durò manifesta dal 21 al 28 aprile insieme con una progressiva diminuzione di tutti i sintomi morbosi dipendenti dall'enantema : persisteva ancora un po' d'ingorgo periparotideo , ma tosto cessò pur esso.

Credo utile rilevare i punti culminanti, di quest'osservazione pratica che nella sua semplicità non è senza interesse. Sono notevoli : 1° La origine spontanea della scarlattina e l'essere stata un fatto del tutto isolato, tuttochè la si tenga come attinente ad infezione di un miasma contagioso e quindi d'indole specifica ; 2° La lunga durata dei prodromi i quali potevano benissimo confondersi con quelli di una febbre catarrale o semplice o morbillosa ; 3° La localizzazione patologica non circoscritta alle fauci ma estesa per gran tratto della mucosa e respiratoria e digerente ; 4° La mancanza di localizzazione renale.

Ho notato il tracciato del polso raccolto dallo sfigmografo e nel periodo dell'eruzione ed in quello della desquamazione : non per altro l'ho fatto che per mostrare quale possa essere il valore di questo mezzo di esplorazione clinica , che nelle mani di un paziente osservatore può benissimo presentare qualche vantaggio, tuttochè non abbia tutta quell'importanza diagnostica che gli fu attribuita dal Marey. Dai moltissimi tracciati che in diversi malati e nello stesso malato in giorni ed ore diverse furono raccolti con molta diligenza dall'Assistente dott. Chiara ho potuto convincermi che la sfigmografia è bensì un complemento di osservazione diagnostica, ma che non vale a sostituire alcuno degli altri criterii su cui la diagnosi si appoggia (1).

(1) V. il giudizio portato sull'opera del Marey nella relazione sui concorrenti al 1° premio Riberi, pag. 19.

Febbri vaiuolose. — Nel precedente mio rendiconto (pag. 47) narrando di tre casi di febbre vaiuolosa, credetti di dovere metterli a carico di un'epidemia vaiuolosa dominante, e per le ragioni che in allora ho esposte: or bene quest'epidemia essendosi protratta per tutto il 1864 ed anche per una buona parte del 1865, ne venne che in quest'anno maggior numero di vaiuolosi sieno occorsi in Clinica. I casi in totale furono 9, sette fra i maschi e due soli fra le donne. Relativamente all'età sette casi occorsero tra l'11.° e 'l 19° anno, due tra il 22 e 'l 30°.

In rapporto alla stagione troviamo in novembre 2 casi — in dicembre 1 — nessuno in gennaio — 1 in febbraio — 2 in marzo — nessuno in aprile — 2 in maggio — 1 in giugno. Contemporaneamente e in città e nell'Ospedale abbastanza numerosi furono gli esempi di eruzioni vaiuolose. Stando alle mie osservazioni l'epidemia che cominciava in marzo 1864 terminava appunto in giugno 1865, dopo una durata di 15 mesi.

Dei 9 vaiuolosi ricoverati in Clinica cinque erano stati vaccinati e con successo, come si era potuto riconoscere e dall' inspezione delle cicatrici alle braccia e dalle informazioni prese. Uno era stato vaccinato, ma senza effetto ottenuto. Due non erano stati vaccinati. Una meretrice parmigiana cui si riferisce il nono caso non ci seppe dare alcun ragguaglio intorno alla vaccinazione.

Cinque di questi vaiuolosi entrarono nell'Ospedale colla malattia a vario periodo della sua evoluzione, senza sapere dare alcun ragguaglio intorno al modo della sua origine e sostenendo di non aver avuti rapporti diretti o indiretti con persone infette di vaiuolo. Tre soffersero di eruzione vaiuolosa leggiera (varicella) mentre stavano ricoverati nell'Ospedale per altre malattie: di questi due erano stati vaccinati; il terzo non aveva subìto l'innesto

vaccinico; durante la permanenza di pochi giorni nell'Ospedale, prima della febbre di invasione vaiuolosa, non si credette opportuno di fare la vaccinazione a cagione della febbre periodica associata a tubercolosi polmonare che aveva condotta allo Instituto clinico la giovine donna cui quest'ultimo caso si riferisce. Per buona sorte quantunque la temperatura nella febbre d'invasione sia andata a 39, le pulsazioni a 120, le respirazioni a 30, l'eruzione si tenne discretissima e già al sesto giorno l'essicazione era completa.

A compimento di queste notizie statistiche, la cui importanza pratica ciaschedun vede, devo aggiungere per amore di esattezza il caso di un giovinetto che entrava in Clinica al periodo di eruzione vaiuolosa il 24 novembre, con una febbre la quale durava da 4 giorni. Una settimana prima era uscito dallo spedale medesimo dove era stato trattato per febbri periodiche. Coloro i quali anzichè all' influenza epidemica o infezione a distanza credono all' infezione per contatti diretti o indiretti, mediati o immediati, e, giurando in questi esclusivamente, quella vorrebbero negare ricisamente, troverebbero in questo caso un appoggio alla loro credenza, come anche in quei tre che si svilupparono proprio dentro nell'Ospedale. Vero è che un numero maggiore di casi proverebbe contro la legge assoluta dei contatti; ma che monta? Questi si negano, quelli soli son veri e così per amore o per forza si vuol avere ragione. È l'eterna quistione che tiene divisi epidemisti e contagionisti senza che la lite si componga mai! Egli è fuor d'ogni dubbio che il vaiuolo è malattia contagiosa, postochè coll'innesto del pus vaiuoloso lo si comunica da uomo a uomo; ma è pur vero che il contatto non è un innesto, e che a volte la malattia si propaga senza innesti e senza contatti. Ecco il fatto che importa conoscere; ogni com-

mento non porta che a vane, oziose, irritanti discussioni!!

Le quali per vero sarebbero causa di ben pochi guai se nel solo campo teorico si aggirassero e non si volesse trarre dalla teoria la conseguenza pratica dell' isolamento, il quale, preso nel senso assoluto e rigoroso della parola, a riguardo d'una malattia che si può propagare indipendentemente dai contatti, riesce una vera illusione, un'utopia perfetta. Si capisce come la legge comandi che *gli ammalati di malattia contagiosa sieno curati separatamente dagli altri, e che gli infermieri e gli oggetti destinati al loro servizio non abbiano ad essere usati promiscuamente nel servizio delle infermerie comuni* (V. l'articolo 90 della legge sulla sanità pubblica 20 marzo 1865), ma se la separazione dei malati non è praticabile per la disposizione delle sale di un' Ospedale, la legge non vuole l'impossibile e si limita a raccomandare *le cautele capaci di impedire la diffusione delle malattie contagiose curate nelle infermerie comuni* (art. 91 della legge ora citata); la saviezza del legislatore ha evitato la parola *isolamento* che alcuni igienisti vorrebbero conservare ad ogni costo, ed a senso mio ha fatto bene, postochè la legge morale che è superiore al diritto positivo, dice precisamente che *ad impossibile nemo tenetur.*

Nel nostro Instituto clinico i vaiuolosi sono curati *promiscuamente* per una ragione che ne val mille, perchè non avendovi camere speciali, non si possono curare *separatamente.* Ogni cautela igienica, la pulizia massima e l'aereamento sono però con diligenza adoperati, e vera propagazione di morbo, un centro d'infezione in esso non ebbe luogo; basta dare uno sguardo alle cifre sopra riferite, al numero dei vaiuolosi in rapporto col numero totale dei malati, alla lunga distanza che corse tra l'uno e l'altro caso, alla benignità della maggior parte dei casi, all'esito in tutti felice.

Nei casi di vaiuolo cui si riferisce questo rendiconto si notarono tutte le varietà di eruzione, la varicella, il vaiuoloide, il vaiuolo vero. Quattro furono gli esempi di varicella, quattro quelli di vaiuoloide, un solo meritò il nome di vaiuolo vero. Mi pare notevole il fatto che dei quattro casi di varicella tre si riferiscono ad ammalati già ricoverati nella clinica per altre malattie, due per tubercolosi, il terzo per corea. So che la benignità o meno dell'eruzione vaiuolosa può dipendere da molte condizioni individuali, e che soventi dipende dalla pregressa e maggior o minor riuscita della vaccinazione. Se considero però che uno di questi tre casi si riferisce appunto alla giovane donna non vaccinata di cui ho già fatto parola, mi pare non andare lungi dal vero asserendo che la cura igienica e la sottrazione delle più potenti cause morbose comuni, richieste da una malattia qualunque, possono benissimo rendere più tollerata e più leggiera l'infezione vaiuolosa, se non sempre, in molti casi, come si otteneva appunto colla cura preparatoria che prima della scoperta Jenneriana era prescritta a coloro che si assoggettavano allo innesto del pus vaiuoloso.

Alcuni specialisti (oramai amministrativamente parlando la vaccinazione e 'l vaiuolo sono specialità) vogliono stabilire una differenza essenziale tra varicella e vaiuolo: il vederli dominare nella stessa epidemia e l'alternarsi a vicenda nei diversi individui proverebbero per contro a mio vedere l'identità di loro natura specifica ; quelli che non ammettono questa identità, mentre vogliono l'isolamento e la segregazione per gli ammalati di vaiuolo, permettono la promiscuità per quelli che soffrono di varicella : se però gli è vero, come pare non si possa mettere in dubbio, che questa può occasionar quello e viceversa, chi non vede che il precetto d'un parziale isolamento riesce illusorio ? Quando taluno nella tanto di-

battuta quistione dell'isolamento, volendo farla da paciere fra i contendenti, venisse a proporre di isolare solo i casi di vaiuolo vero, di vaiuolo grave, di vaiuolo confluente, lasciando nelle infermerie comuni i malati di varicella, quegli mostrerebbe di non aver osservato mai un'epidemia vaiuolosa, e di non conoscere l'affinità, la parentela che hanno le varie eruzioni vaiuolose: le quali sieno papule o vescicole o vere pustule ombellicate, non differiscono tra loro che per grado, potendosi tutte le varietà di forme manifestarsi in uno stesso individuo, anzi in ristrette provincie della pelle, tanto permanentemente come temporaneamente nei diversi periodi in che l'eruzione può essere studiata.

Nei casi occorsi in Clinica non si ebbero ad osservare fatti o fenomeni che non sieno conosciuti nella scienza; alcune particolarità ho per altro potuto rilevare che non mi paiono senza interesse. Così il maximum di temperatura fu osservato nel periodo di invasione: nella quale, in un caso, quantunque si trattasse di varicella, a forma però pustolosa, con angina vaiuolosa, in individuo vaccinato, il termometro centigrado segnò + 40. In quel malato contemporaneamente la respirazione arrivò alla frequenza massima di 40 per minuto. Il polso però non segnò che 96: ciò è notevole, avvegnachè nel caso citato a pag. 113, il polso arrivò a 120, eppure le respirazioni erano 30 sole e la temperatura non arrivò che a 39; il che conferma quanto ho già detto parlando di altre febbri V. pag. 82, 83, 96, 101).

Nel periodo di eruzione in genere la temperatura diminuì di un grado e ad un tempo si notarono meno frequenti il respiro ed il polso. In un sol vaiuoloso si ebbe temporaneo delirio nel periodo di eruzione; la temperatura era di + 38 2|5 e 93 le pulsazioni. In questo stesso caso notai aumento di temperatura al periodo di

suppurazione, durante il quale il termometro segnò + 39 con 94 pulsazioni: in quello ed in altro caso soltanto occorse la così detta febbre secondaria; la di cui leggerezza e meglio ancora la mancanza costituiscono sempre elementi di favorevole pronostico, come lo è egualmente il difetto di albuminuria: se questa si trova e dura un po' di tempo, il vaiuolo per contro è assai grave, gli è un fatto che ho potuto constatare con particolari mie osservazioni pratiche.

I casi occorsi in Clinica, furono tutti felici e nessuno presentò albuminuria: l'uroscopia o non l'aveva dimostrata affatto o l'aveva fatta riconoscere leggerissima e solo temporanea. In un caso occorsomi nella mia sezione medica per contro trovai, che, fin dal periodo della eruzione, pronunciatissimo era il precipitato albuminoso che coll'acido nitrico e col fuoco si otteneva dall'orina, e l'esito fu fatale durante lo stadio di suppurazione; all'autopsia si trovò manifesta l'infiltrazione adiposa dell'epitelio delle vie orinifere: la sostanza del rene presentossi giallognola, consistente, dura come nel 2° periodo della malattia del Bright.

Ho detto che in due soli casi tra i malati vaiuolosi curati nello Instituto clinico io m'ebbi ad osservare la febbre secondaria: impropriamente, secondo me, questa nel vaiuolo è chiamata anche indifferentemente febbre di suppurazione. Dico impropriamente in quanto che 1° in molti casi febbre secondaria non avvenga, quantunque lo stadio di suppurazione sia costante; 2° soventi la febbre medesima non tenga proporzioni colla suppurazione che occorre nei vaiuolosi. Per me ritengo che la febbre secondaria nel decorso del vaiuolo non sempre sia una febbre essenziale attinente a piocmia ed icoroemia, ma abbia soventi a considerarsi come una febbre sintomatica di bronchiti, polmoniti, pleuriti, gastro-entero-

peritoniti, meningiti e simili successioni e complicazioni morbose che non è raro di vedere nel vaiuolo vero e che gli possono ben dare impronta di maggior gravezza e malignità. Ciò deduco dallo studio di anatomia patologica; in tutti i cadaveri di vaiuolosi per me sezionati ho trovato sempre or l'una, or l'altra di quelle località infiammatorie; e ordinariamente ancora con esito di suppurazione. Lo stesso fatto si può dedurre dall'osservazione clinica, avvegnachè con un esame diagnostico rigoroso sia facile riconoscere le località flogistiche che sono causa della febbre secondaria. Che questa poi non s'abbia a confondere con una febbre di suppurazione lo si può anche dimostrare coll'osservazione degli ascessi molteplici che al vaiuolo soventi tengono dietro per effetto di una vera diatesi purulenta, nel senso del Tessier di Parigi, la quale sarebbe creata dalla varioemia (Piorry), che a seconda del vario grado d'infezione occorre più o meno intensa nel vaiuolo medesimo; ascessi molteplici la cui manifestazione si può prolungare anche a lungo nella convalescenza e senza alcuna accompagnatura febbrile.

Un esempio di questa fatta l'ebbi in altro de' casi osservati in Clinica e che piacemi qui riprodurre brevemente:

Un robusto calzolaio, d'anni 18, di tempra sanguigna, di robustissima costituzione, con abito di corpo tarchiato e cefalico, che non era stato punto vaccinato e che non aveva mai sofferte altre malattie tranne la rosolia e leggiere cefalee, le quali in un coll'abituale stitichezza erano in rapporto col suo genere di vita sedentario, entrava nell'Ospedale il 9 novembre 1864, trovandosi già nel periodo di eruzione di una febbre vaiuolosa la di cui invasione aveva avuto luogo nel giorno 6. Curato dal medico ordinario dell'Ospedale, il Prof. Nicolis, era lasciato nel-

l'Instituto clinico il 21 novembre. L'eruzione cutanea, quand'io il vidi, era già al periodo di inoltrata essicazione: le pustule erano sparse sopra tutta la superficie del corpo: confluenti alla faccia, al collo, alla regione anteriore del torace, sugli arti tanto superiori che inferiori, i cui movimenti erano perciò dolorosi e difficili; discrete sul ventre ed alla regione dorsale. Le funzioni principali dell'economia erano pressochè normali, leggiera frequenza di polso, impulsione cardiaca forte, leggier catarro bronchiale, appetenza, alvo regolare, orine abbondanti e normali. Catarro congiuntivale piuttosto pronunciato con tumefazione flemmonosa delle palpebre: catarro della Schneideriana e narici quasi otturate da croste vaiuolose.

L'ammalato spirava un odore assai disgustoso di acidi grassi; per parecchi giorni non presentò nulla di notevole tranne il difficile distacco delle spesse croste vaiuolose che coprivano il capillizio e la faccia. Il 1° dicembre però un profondo ascesso si dovette aprire colla lancetta alla regione sopraorbitale sinistra; Il 3 un altro largo ascesso si punse alla regione posterior-inferiore del braccio destro: Il 4 un terzo e abbastanza ampio se ne scoperse alla radice della palpebra superiore di destra; tagliatolo, ne escì abbondantissima quantità di pus. Mentre da tutti questi ascessi continuava lo scolo del pus, il 9 mattino si riconobbe un 4° ascesso alla regione periparotidea sinistra ed un altro (5°) alla regione mastoidea dello stesso lato. Il 13 la suppurazione era già pressochè cessata in tutte queste località, e senzachè l'ammalato ne desse avviso un sesto e assai vasto ascesso si vide alla regione sterno-costale con assottigliamento e scollamento dei comuni integumenti, e usura di essi in due punti, d'onde uscì molto pus sanioso. In questa località per la necrosi della pelle e l'escisione che se ne dovette fare, si ebbe quindi una superficie ulcerata e suppurante, larga 20 centimetri e

alta da 7 a 8; la suppurazione continuò a lungo, e la cicatrice non fu completa che al principio di febbraio 1865.

Mentre così procedevano le cose alla regione sternale, il 16 dicembre si trovò ancora un ascesso, era il 7°, alla regione della tuberosità ischiatica destra che venne aperto e dal quale uscì abbondantissima quantità di pus, e tre giorni dopo mentre quest' ascesso già stava per chiudersi un altro ne sorse (8°) alla regione periparotidea destra, da cui uscì molto pus sanioso. Durante l'intiero mese di gennaio continuò sempre un po' di catarro congiuntivale dal lato sinistro; il 30 gennaio comparvero due grossi furoncoli flemmonosi al lato esterno della coscia sinistra con adenite inguinale corrispondente, che andò a risoluzione con semplici emollienti. Duranti queste varie fasi morbose la cura locale fu delle più semplici — emollienti — spaccature — medicazioni refrigeranti — qualche topico modificatore (nitrato d'argento); e la cura generale si ridusse al trattamento ricostituente, regime latteo, alimentazione progressivamente accresciuta. Nessun rimedio fu messo in opera nè i solfiti del Polli, nè la china, nè l'alcoolato di aconito, eppure neppur ombra di febbre da infezione purulenta ebbe a manifestarsi. La nutrizione, le forze, il ben essere dell'ammalato crebbero progressivamente: ingrassò durante il suo soggiorno nella clinica e mentre il 20 dicembre 1864 pesava 38 chilogrammi e 2 ettogrammi, il 5 febbraio 1865 il suo peso netto era di 50 chilogrammi e 8 ettogrammi; un aumento di oltre 12 chilogrammi in un mese e mezzo dimostra quanto regolari e vigorosi sieno stati i processi nutritivi malgrado i molteplici ascessi sofferti.

Un caso simile ebbi ad osservarlo nella mia sezione dell'ospedale: era un giovane, guardia di finanza, di tempra

eminentemente sanguigna; sofferse di vaiuolo confluentissimo al quale tennero dietro numerosissimi ascessi in varie parti del corpo, al tronco, al capo, alle estremità, alcuni superficiali e sotto-cutanei, altri profondi e sotto-aponeurotici anche estesi e con lunga suppurazione successiva.

Le perdite umorali abbondantissime il ridussero ad un marasmo pronunciatissimo, eppure non vi fu traccia nemmeno in questo caso di febbre purulenta, ed a capo di qualche mese, colla sola cura generale ricostituente, in un colle topiche medicazioni le più semplici, quell'organismo si rifece completamente: il vidi ancora dopo uscito dall'ospedale grasso e rubicondo come era prima, senz'altra reliquia che le indelebili cicatrici alla faccia. Manifestamente anche in questa fattispecie la *diatesi purulenta* era stata creata dal vaiuolo o vogliasi dire dalla *varioemia* senza manifestazioni però di vera infezione purulenta o pioemia.

Febbre migliare. — Singolare malattia è codesta, cui alcuni riputatissimi patologi, anche oggigiorno, mentre tornano in campo molte dottrine umoristiche e non poche malattie si vogliono far dipendere da fermenti o simili principii morbosi infettanti il sangue, si ostinano a volerle negare l'essenzialità morbosa, considerandone l'eruzione cutanea come puro e semplice epifenomeno di altre malattie! Io non istarò a ripetere qui gli argomenti che nel precedente mio rendiconto ho prodotti per difendere la classificazione ch'io ne faccio tra le febbri eruttive.

A quel mio lavoro (pag. 47 e seguenti) volentieri rimando il lettore cui piacesse fermarsi sopra questo interessante punto di nosologia. Per me basterà produrre nuovi fatti a conferma delle idee dottrinali in allora già manifestate coll'appoggio di osservazioni cliniche.

In quest'anno i casi di febbre migliare furono 8 (1), sei nei maschi, ed uno soltanto nelle donne. Per rapporto alle stagioni questi 8 casi occorsero uno in dicembre — uno in febbraio — tre in marzo — uno in giugno — due in luglio. Son troppo scarse queste cifre per trarne conclusioni intorno alle influenze causali del mondo esterno; esse dimostrano però come la malattia possa manifestarsi in opposte condizioni termometriche, il che combina colle più estese osservazioni per me fatte e nella mia sezione dell'ospedale e nella mia clientela particolare, dalle quali risulta che la migliare domina tra noi quasi più come endemia che non come vera epidemia; e che se a volte è più, ed altre volte meno frequente, l'uno e l'altro caso possono avvenire in condizioni atmosferiche le più disparate. La stagione però pare contribuisca a determinare nella febbre migliare questa o quella forma, questa o quella localizzazione patologica di preferenza: così in un caso la migliare prese le forme della febbre catarrale, in altro caso si associò alla febbre tifoidea, in un terzo tenne dietro ad un'ischiade, in due alla febbre reumatica: il primo di questi ultimi occorse in dicembre, il secondo in luglio, gli altri in febbraio e

(1) Sarebbero nove se volessi comprendervi il fatto di una donna la cui storia riferirò parlando delle malattie del fegato, e che mentre rimaneva più mesi nell'Ospedale presentò alcune febbri eruttive, però leggierissime, con manifestazione ora di poche migliari, ora di papule di prurigine, ora di vera orticaria. Questo fatto avrebbe però anche la sua importanza, inquantochè dimostri come a volta la febbre migliare possa essere un nonnulla e per i sintomi generali dello stato febbrile e per la manifestazione eruttiva cutanea. Parlando delle malattie del midollo spinale cennerò pure un fatto di migliare apiretica avvenuta in malato di noteomielite durante la quale la migliare occorse quale epifenomeno morboso.

marzo. Quanto alle localizzazioni patologiche della migliare la più frequente fu la polmonite che trovai in cinque casi, in due vidi il reumatismo articolare; in un caso la peritonite.

Riservandomi di far cenno delle migliari che corsero socie con affezioni di petto o con reumatismo, dirò ora del caso di peritonite, il diario clinico del quale venne redatto dal dottor Bogliolo, e che a parer mio per la fenomenia che vi si è consociata gli è abbastanza interessante per meritare di essere esposto con qualche minutezza. Ne fu il soggetto una giovane serva d'anni 21, linfatica, affralita, macilenta, gozzuta, nello stato di puerperio inoltrato, che entrava nell'Instituto clinico il 3 febbraio 1865.

Non risultava di alcuna precedenza morbosa notevole: la mestruazione era stata tardiva (17 anni), ma abbastanza regolare sino al mese di aprile 1864, epoca in cui mancava per effetto di gestazione. Nella gravidanza non sofferse altro che un profluvio intestinale al 2° mese, che guariva a capo di 14 giorni. Il parto ebbe luogo felicemente il 20 gennaio 1865. Le sue condizioni fisiche erano anzichè no buone, però il suo stato morale meno lodevole per il dispiacere che le aveva cagionata l'immatura perdita del marito.

Due giorni dopo il parto, insieme colla rivoluzione lattea sorse una febbre che da principio parve tenere il corso d'una intermittente a tipo quotidiano, ma successivamente si fece irregolare con alternative di freddo, caldo e sudore; scarsa fu la secrezione lattea, i lochii continuarono abbondanti; insorsero però vomiti e diarrea con forti dolori addominali. Non fece che cure empiriche prima di entrare all'Ospedale. Eccone lo stato alla prima visita.

Grande prostrazione di forze con addolentatura gene-

rale e difficoltà nei movimenti delle estremità inferiori: cefalea gravativa, offuscamento di vista, tintinnio agli orecchi; ambascia, respirazioni 52 per minuto con rantoli sibilanti e russanti disseminati: movimenti del cuore accelerati, timbro metallico, polsi celeri, contratti, a 116 per minuto. Ventre teso, meteorizzato, dolentissimo anche ad una superficiale palpazione, lingua fecciosa, inappetenza, sete, diarrea abbondante, pressochè cessati i lochii, appena traccie di secrezione lattea; temperatura all'ascella 38 1|5, poco sudore, migliari argentine confluenti sul petto e sull'addome.

La diagnosi fu di *febbre migliare con entero-peritonite puerperale e catarro bronchiale.*

Per la cura si prescrissero — ghiaccio sul capo, decotto di tamarindo gommoso, e pillole di ghiaccio, cataplasmi emollienti con sopraposizione di unguento napoletano sulle pareti addominali, astinenza assoluta da ogni cibo.

Con questo trattamento nel giorno successivo vi era già qualche miglioramento locale e generale; il ventre meno teso era anche un po' meno dolente, abbondantissimo il sudore, massime durante il sonno, che fu prolungato e tranquillo; le respirazioni 40: la temperatura 37 2|5, le pulsazioni 96. Si notò però tosto che i dolori addominali presentavano tendenza a circoscriversi nella fossa illiaca sinistra, dove gradatamente si sviluppò un sensibile *tumore flemmonoso retro-peritoneale.* Per esso si ebbe dappoi una giornaliera esacerbazione febbrile verso sera con aumento della temperatura da 1 a 2 gradi; al mattino il termometro segnò quasi sempre 37 gradi, alla sera 38 e fino a 39, che fu il maximum della temperatura osservata; le pulsazioni stettero per lo più al disotto di 100 e le respirazioni oscillarono tra 28 e 32.

Il 10 febbraio vi fu un aumento di febbre anche più

segnalato dell'ordinario, il polso montò di nuovo a 116, ricomparve la cefalea più intensa e 'l malessere generale; questi fenomeni furono precursori d'una nuova eruzione migliare la quale fu favorita dall'uso interno dell'aconito e che continuò abbondante sino al 15. In questo giorno si ebbe ancora un' invasione febbrile con brividi di freddo (polsi 120, R. 28, temp. 38), ma ciò parve in rapporto coll'esito di suppurazione del notato tumore, il quale si rese più prominente e oscuramente fluttuante ; tant'è che d'allora in poi cessò l'eruzione cutanea per mezzo di una minutissima desquamazione epidermica e la malattia si ridusse alla semplice località di un *ascesso sotto-peritoneale* nella fossa illiaca: continuò la febbre sintomatica , in qualche sera il polso arrivò ancora a 112 — 116, la temperatura a + 39, le respirazioni a 30, ma il ventre si rese dappertutto indolente eccettuata la detta regione: e l'alvo istesso si fece regolare, le feccie si presentarono formate e per rare evacuazioni ; ricomparve un po' di scolo lochiale sanguigno.

Il 2 marzo mentre si trovò il tumore illiaco depresso con alcuni crepitii sensibilissimi, occorsero moltissime evacuazioni siero-purulente, le quali lasciarono credere all'apertura spontanea dell'ascesso nel tubo intestinale : in quel giorno la temperatura segnò ancora + 38 i polsi furono a 116, ma fin dal dì successivo la scena era cambiata: per alcuni giorni continuò la diarrea siero-purulenta con pochi dolori intestinali, e ventre trattabile senza meteorismo, fuvvi sudore abbondante senza nuove migliari: il polso discese a 100, poi a 88, indi a 76; la temperatura a 37 e anche a 36 e qualche frazione. E già il 7 marzo il benessere generale e la normalità delle evacuazioni alvine indicavano avviata la convalescenza. L'ammalata fu messa ad una dieta ristorante progressiva.

Nulla occorse dappoi di ben notevole: il profondo crepitio

enfisematoso alla regione illiaca non tardò a scomparire affatto insieme colla tumefazione corrispondente, la regione rimase per pochi giorni leggermente dolorosa alla pressione ed ai movimenti. Di poi colla cura nutriente si migliorarono sensibilmente le condizioni generali; la semplice inspezione bene il diceva: la bilancia poi il dimostrò matematicamente: il 24 marzo la donna pesava chilogrammi 35 e 6 ettogrammi e 'l 3 di aprile il peso netto era già di chilogrammi 38 e 4 ettogrammi. In tale stato abbandonò l' Ospedale.

Quest'osservazione pratica mi pare importante specialmente per le quistioni diagnostiche che la riguardano. Diagnosticai una *febbre migliare*; altri avrebbe potuto diagnosticare una *febbre puerperale*; di vero la puerperalità non mancava e le localizzazioni patologiche *peritonite — flemmone ed ascesso retroperitoneale* della regione illiaca sono tra quelle che ben soventi avvengono nelle puerpere. Ma che cosa è la febbre puerperale? Sonvi patologi, e tra essi specialmente gli ostetrici, che partendo dalla osservazione dell'*infezione puerperale* quale avviene nelle sale di maternità e massime là dove l'igiene non è rigorosamente applicata, ne fanno una individualità patologica affatto distinta e speciale, la quale altri poi considerarono come essenziale, e altri come sintomatica di metro-peritonite, di metro-flebite, di linfangio-metrite, di trombosi, di pioemia e va dicendo. Per me credo che non una, ma più sieno le febbri puerperali. Tutte le malattie, le febbri comprese, possono occorrere in una puerpera: le condizioni speciali del puerperio, la pletora di globuli bianchi, la sierosità e l'iperinosi del sangue, le condizioni anatomiche speciali dell'utero e parti annesse e più specialmente delle sue vene; la funzione lochiale e la funzione lattea sono altrettanti momenti causali che spiegano l' impronta speciale che prendono le

malattie puerperali e le febbrili in special modo. Arrogi che oltre le febbri accidentali che possono cogliere una puerpera, quali le febbri intermittenti, le eruttive, le reumatiche, ecc. ecc. v'hanno poi ancora le febbri proprie, direi fisiologiche, del puerperio; la febbre traumatica o irritativa che tien dietro al travaglio del parto; e la febbre lattea che arriva dal 2° al 4° giorno: le quali non raramente sono il punto di partenza delle più gravi malattie puerperali, sieno es e febbri essenziali o febbri sintomatiche di organopatie diverse, e specialmente dell'apparato della generazione che nel puerperio è propriamente il *locus minoris resistentiæ* dei patologi.

Frequentissima nelle puerpere è la febbre migliare: non credo vi sia condizione fisica che più del puerperio vi predisponga: nell'ordine morale i patemi d'animo deprimenti producono lo stesso effetto: nel caso concreto questo doppio ordine di cause agiva ad un tempo: l'influenza migliarosa produceva la malattia generale, e la successione di una seconda alla prima eruzione manifestava come quella avesse profondamente agito: le localizzazioni patologiche che vennero dopo facilmente si spiegano per la puerperalità: se fossero state in rapporto coll'infezione migliarosa sola, che presto esauriva i suoi effetti, non avrebbero avuto così lungo andamento Le localizzazioni patologiche che nella febbre migliare occorrono, se da questa sola dipendono sono per lo più passeggiere, fugaci (V. il mio precedente rendiconto, pag. 50); solo quando riconoscono altre cause possono avere assai diversi e l'andamento e gli esiti. Ben lo dimostra il fatto sopra narrato, e meglio potrebbe confermarlo un'altra osservazione pratica che mi riservo di riferire parlando delle malattie degli organi del respiro, avvegnachè la febbre migliare, in questo caso accompagnata con forte localizzazione flogistica al petto (bronchio-pleuro-polmo-

nite), sia stata seguita da empiema: la quale complicanza dette ragione della gravezza di alcuni fenomeni osservati; la respirazione fu a 60 per minuto, i polsi a 132; la temperatura però nemmeno in questo caso andò oltre i + 40; maximum di elevatezza cui arrivò anche negli altri casi di migliare, quello compreso che per complicanza di febbre tifoidea rendevasi repentinamente fatale (V. quanto ne dissi a pag. 93).

Febbre risipolatosa. — Non è un concetto teorico quello che mi porta a considerare la risipola come una febbre eruttiva, bensì l'osservazione clinica intorno al suo modo di sviluppo ed al suo andamento; è la febbre che precede la manifestazione cutanea e non soltanto nella prima eruzione, ma anche nelle eruzioni successive, quando avvengono. Or bene questa considerazione non è senza applicazione pratica: la risipola è malattia ciclica come le altre eruzioni protopiretiche: l'arte non può impedirne il corso: la cura diretta non è praticabile; quindi è piuttosto dalle cause, dai sintomi e simili contingenti, anzichè dall'idea nosologica, che devono partire le indicazioni terapeutiche.

Tre soli (1) furono i casi di risipola nell'anno clinico di che discorro, e tutti tre al capo; uno in febbraio ed in un maschio, due in luglio e tra le donne, le quali pertanto anche in quest'anno sarebbero in maggioranza. Nel primo caso vi era complicanza reumatica con catarro bronchiale ed enfisema polmonare (l'individuo era un ferravecchio ambulante); le due donne che erano l'una

(1) Non comprendo fra questi casi un eritema a forma di risipola, comparso sulle pareti addominali dieci giorni dopo la puntura di paracentesi fatta in una donna affetta da ascite con anasarca da albuminuria; la manifestazione cutanea accompagnata da grave febbre precedeva di due giorni la morte.

serva, l'altra soppressatrice, soffersero di risipola semplice: non potendosi considerare come complicazione una leggiera angina occorsa in altra di esse, e che cessò pel solo fatto della eruzione cutanea, mostrando col fatto come l'antagonismo tra l'interno e l'esterno integumento possa manifestarsi per atti patologici anche nel decorso di una febbre; il che contraddice le idee in altri tempi manifestate dal Tommasini intorno alla rivulsione per lui negata e come atto patologico e come metodo terapeutico.

Non è senza interesse lo studio del punto in che incomincia l'eruzione risipolatosa, che ne' tre casi cui accenno variò sempre. Nel maschio la risipola cominciò al padiglione dell'orecchio sinistro, d'onde si diffuse al capillizio ed all'angolo della mandibola per invadere poscia la fronte, la regione temporale destra, la radice del naso, e la guancia destra per ultima, nella quale fu assai più circoscritta che non a sinistra. Nella soppressatrice il primo punto colpito fu la regione palpebrale destra d'onde si estese in alto, in basso, all'indentro, all'infuori. Nell'altra donna cominciò la risipola proprio alla canna del naso per diffondersi poscia alle altre parti: in nessun caso vi fu ingorgo delle ghiandole linfatiche sotto mascellari: il che mostra come la risipola non sia malattia dei vasi linfatici siccome Ribes pretese.

Assai vario fu il periodo dei sintomi precursori. Il maschio non s'accorse della risipola se non al quarto giorno dalla invasione febbrile: la soppressatrice ebbe la febbre d'invasione due soli giorni prima della eruzione; e quella che occorse nella serva venne preceduta da un generale malessere, inappetenza, cefalea, tosse, disfagia che durarono 15 giorni, a capo dei quali sorse febbre e quasi contemporaneamente l'eruzione risipolatosa. È notevole come questa giovane donna, di tempra sanguigno-linfatica, del resto però sana, robusta e regolarmente

mestruata, nel breve intervallo di 31 mese fosse per la terza volta presa dalla risipola, che venne curata prima con uno, successivamente con 7 salassi (?). Aggiungerò fin d'ora che nella mia clinica in soli 7 giorni, quantunque la febbre fosse molto spiegata e forte la cefalea, la risipola pur tuttavia andava a perfetta guarigione mediante una leggiera pozione stibiata data il primo giorno e successivamente con semplici bevande tamarindate ed una rigorosa dieta.

In quest'ultimo caso fin dal 4° giorno dall'eruzione già era incominciata la desquamazione e fu brevissima; nell'altra donna fu alquanto più lenta; nel maschio questo esito manifestavasi al 6° giorno dall'eruzione ed a segno protraevasi che al 19 ne rimanevano traccie ancora sul dorso del naso.

Il maximum di temperatura nei tre casi fu di + 38 2|5 con 90 pulsazioni; in genere si notò l'aumento di 1 grado e più nelle ore vespertine, durante il periodo d'eruzione, e specialmente per l'invasione della risipola in nuove provincie cutanee: significante fu l'influenza del periodo di desquamazione nel grado di temperatura, la vidi discendere anche in brevissimo tempo di 2 gradi e qualche frazione, ridursi vale a dire a normalità (36 1|2, 36 1|5, 36) con pulsazioni da 60 a 70.

Nè dicasi che il fatto dipendesse dalla cura operata: che li medicinali un po' attivi, bevande cianogenate od emeto-catartiche (acqua imp. stibiata) dopo i primi giorni venivano sostituite da semplici bevande temperanti e la malattia era direi lasciata a se stessa, alle sue fasi naturali, senza cercare di combattere la dermite *coup sur coup*! Le sono cose, che parranno forse a taluno minuzie, ma nella pratica medica le minuzie sono importantissime: in fatto di osservazione clinica — *sunt maxime miranda in minimis*!

§ 2.

Dermatopatie.

Le dermatosi acute delle quali ho discorso, come quelle che si accompagnano colla febbre, che nelle eruzioni specifiche ha tutta l'importanza di una febbre primaria ed essenziale, a giusto titolo credo possano essere comprese nel quadro delle piressie, siccome ho fatto in questo e nel precedente mio rendiconto. Egli è pur vero tuttavia, che, quali dermatopatie, potrebbero benissimo essere contemplate nell'ordine anatomico delle malattie della pelle, siccome fanno li speciali trattatisti di queste nelle loro monografie.

Lasciando agli amatori della filosofia nosologica di determinare se meglio convenga classificarle nell'uno o nell'altro gruppo di malattie, io che col fatto ho ora pregiudicata la quistione, mi servirò però delle febbri eruttive o dermatosi febbrili come di anello congiuntivo per dire alcunchè delle dermatopatie apiretiche, che in questo anno ben in maggior numero occorsero in Clinica che non nel biennio precedente e per le ragioni che dalle generalità che precedono questo rendiconto gli è assai facile comprendere. Amo toccare prima d'ogni altra della

Emorragia cutanea, la quale, come può essere primaria ed apiretica, così può associarsi a febbri diverse; a sinoche (febbre porporata o porpora febbrile), a febbri tifoidee (tifo petecchiale), a febbri eruttive (vaiuolo nero, rosolia nera), ed anche a malattie croniche diverse (1).

Due casi ne ebbi in clinica, entrambi in femmine oltre

(1) Parlando della pleurite narrerò un caso di versamento emorragico endo-pleurale con manifestazione peticolare alle coscie in individuo affetto da idro-torace con tubercolosi e cardiopatia.

il 50° anno, dimoranti in Torino, donna di casa l'una, domestica l'altra; in questa con sintomi febbrili (polso a 96, temperatura a 37 4|5), in quella senza alcuna manifestazione di febbre: l' un caso fu in febbraio, l'altro in luglio. La domestica (cuoca) si presentava all'ospedale colla febbre e numerose ma piccole macchie di porpora, comparse da cinque giorni, specialmente manifeste alla parte posteriore del tronco ed alle estremità tanto superiori che inferiori; sulla gamba destra presentava inoltre numerose varici con ulcera e risipola edematosa: le varici erano sorte in dipendenza di una gravidanza: l'ulcera era in rapporto colla faticosa sua vita per cui stava continuamente in piedi: la risipola edematosa, a cui la febbre non era estranea, dipendeva dall'incuria. Non vi erano emorragie esterne, ma segni di iperemie viscerali, cefalea gravativa, crampi e torpore alle estremità, oscurità di rumor respiratorio alla base dei due polmoni con ottusità corrispondente, moti cardiaci frequenti, suoni velati ed oscuri, area splenica ed epatica molto estese, leggier catarro intestinale.

Il riposo, la dieta rigorosa, la limonea vegetale migliorarono tosto lo stato generale e locale dell'ammalata: dopo tre giorni la febbre era cessata (temp. 36 1|5); al 6° giorno (11° dalla loro comparsa) non erano più visibili le macchie di porpora; la risipola passò all'esito di desquamazione: dopo 26 giorni l'ammalata potè lasciare l'ospedale: l'ulcera era quasi intieramente cicatrizzata, persistevano leggiere ecchimosi sottocutanee alla gamba destra con nodi varicosi: si provvide di calza in tela.

Pressochè eguale fu la permanenza nella Clinica dell'altra malata di porpora, ma con circostanze assai diverse: tra le quali la più notevole fu la riproduzione della stessa forma morbosa a 25, a 49 e in ultimo a 55 anni e sempre coll'accompagnatura emorragica dal

naso. La prima volta comparvero macchie porporate sopra tutta la superficie del corpo previi tre accessi di febbre a ricorrenza quotidiana: fu curata con quattro salassi : le macchie durarono oltre 2 mesi e con ripetute emorragie nasali. Il secondo attacco della stessa malattia non ebbe più cominciamento con vero apparato febbrile, ma con somma prostrazione , rinorragia e cefalea : fu ancora curata con altre quattro cavate di sangue : la conseguenza ne fu, che per ben sei mesi restò a segno debole da non potere riprendere i suoi donneschi lavori. L'ultimo fatto , quello che la condusse all'Ospedale, era comparso da otto giorni e senza cause conosciute: oltre le macchie emorragiche cutanee v'erano numerose ecchimosi succutanee , abbondante l'epistassi con cefalea gravativa ; comparve successivamente una leggiera stomatorragia : non fuvvi febbre mai. Ed in soli 23 giorni, con l'uso di una decozione di china, colla limonea solforica, con alcune cartoline di sottocarbonato di ferro, scomparivano le traccie di emorragie interstiziale cutanea e succutanea, non che tutti i sintomi di congestione capitale, a tal che l'ammalata poteva lasciare 'ospedale con un miglioramento segnalatissimo nelle sue condizioni fisiche generali.

Sia febbrile o no, semplice o complicata , accompagnata o meno con altre emorragie, l'emacelinosi è sempre una singolare malattia. La si vuole considerare come uno scorbuto acuto, come una discrasia dissolutiva del sangue : attinente a predominio dei sali di soda su quei di potassa (Fremy) od a difetto di questi ultimi (Garrod): un predominio dei sali di soda in quest' umore renderebbe più sciolta, meno concrescibile, meno abbondante la fibrina , quindi una minor consistenza, una più facile uscita del sangue dai vasi sino all'emofilia così detta.

Forse qual cosa v'ha di vero in tutto ciò : Nasse però per impedire la coagulazione del sangue dovette ado-

perare 28 parti di sal comune per 1000 di sangue, dose immensamente superiore alle naturalmente minime proporzioni fisio-patologiche dei sali nel sangue; il che indica esservi in detta asserzione esagerazione molta o forse prevenzione teorica, come si hanno in molti concepimenti dottrinali intorno alla patogenia tanto in genere quanto nella specialità di morbo di che è caso.

Ricordo un caso di porpora emorragica con estesissime ecchimosi sottocutanee in una giovane birraia ricoverata nell'Ospedale mentre io era Assistente interno: il medico che la curava le fece fare ben otto cavate di sangue; con quanto vantaggio non dirò; chè lunghissima fu la malattia e più lunga ancora la convalescenza: ma fatto sta, che, senza pur ombra di alcun processo flogistico, il sangue di quella giovane, dalla prima all'ultima cavata, presentò sempre una fitta, spessa e tenace cotenna quale non ricordo mai d'aver vista maggiore nelle pleuriti, nel reumatismo articolare e simili malattie in cui è assai sviluppata la così detta diatesi plastica del sangue, o iperinosi del Virchow.

Quel caso, il confesso, scosse assai le convinzioni che nelle scuole e leggendo autori io m'era fatto intorno alla crasi dissolutiva del sangue nell'emacelinosi (1): qualche altro elemento causale, io dico, vi deve essere, che finora sfuggì all'analisi chimica: altrimenti non saprei comprendere come la porpora si manifesti in condi-

(1) Bennet, citato dal prof. Orsi nel suo discorso *sulle malattie del sangue* (Genova, 1866 pag. 68) narra di emorragie infrenabili e mortali nelle quali la cifra della fibrina del sangue fu trovata aumentata sino a 7[1000, maximum al quale secondo alcuni arriva soltanto nelle malattie le più dichiaratamente iperinotiche; dico secondo alcuni avvegnacchè altri ammettano un possibile aumento della fibrina nel sangue sino a 10[1000. Nasse p. e. l'avrebbe trovata elevata sino a 14 millesimi (Orsi — op. cit., pag. 122).

zioni costituzionali a volte opposte, quali nel tifo e nella pletora occorrono, e non potrei darmi ragione del perchè nello stesso tifo soventi manchi, mentre si presenta in individui d'altronde aventi apparenza di sufficiente salute. Se l'ematologia fisiologica presenta molte difficoltà, non istupisce che sieno anco maggiori quelle che s'incontrano per l'ematologia patologica.

Molte cause morbose agiscono indubitatamente sul sangue e pel sangue; molte malattie conducono a discrasie sanguigne; molti fenomeni morbosi sono in rapporto o mediato od immediato colla composizione e qualità, e quantità di quest'umore, che contiene in sè gli elementi di tutte le parti organiche: con tutto ciò l'analisi chimica malgrado immensi e continui progressi ci lascia ancora nell'ignoranza di molte cose: formole esatte di chimica patologica su cui si possano fondare e la conoscenza scientifica e 'l trattamento curativo di molte malattie, sono tuttora un voto. E se ciò si può dire della porpora, egualmente si può ripetere per rapporto ad altre malattie cutanee, le quali non è improbabile abbiano anche qualche fondamento nella crasi umorale, e del sangue in particolare, senzachè il clinico possa altrimenti ragionare che dietro semplici probabilità.

Tali sarebbero ad es. l'impetigine del capo, l'erpete, la pitiriasi, la psoriasi, l'eczema, delle quali forme morbose ebbi esemplari in quest'anno clinico. Credo che molto siasi abusato delle parole *discrasia*, *diatesi*, *umori peccanti*, con che si vollero spiegare queste efflorescenze cutanee; ma sarebbe, a mio vedere, un errore il volerle considerare tutte e sempre come semplici idiopatie cutanee. L'istologia della pelle, per quantunque esattissimamente studiata dai moderni micrografi, non ce ne può dare ragione plausibile e sufficiente. I sintomi generali che le accompagnano nella loro evoluzione e nel loro decorso, l'ereditarietà in alcune famiglie, i rapporti che

tengono coll'età, col genere di vitto, colla natura del temperamento, colle abitudini, colle stagioni, ed altre cause accidentali, che più o meno modificano le funzioni della circolazione e dell'ematosi, dimostrano che le idee patogenetiche degli antichi umoristi non erano per avventura tanto lontane dal vero come per lungo tempo si credette, massime quando in patologia tennero lo scettro della scienza i solidisti puri.

Le *acrimonie*, le *acidità*, le *alcalinità* delle antiche scuole, con qualche ragione sono messe in ridicolo dalle scuole moderne, come quelle che erano fondate più sulla teoria che sul fatto, sulle presunzioni anzichè sulle dimostrazioni; pure è necessario confessare, che se la chimica non riescirà a darci nozioni positive al riguardo, e finchè non vi riuscirà, ci aggireremo sempre nell'empirismo di alcune medicazioni *depurative*. Più che la sanzione dell'esperienza a volte per vero esse non hanno che l'appoggio del pregiudizio, e riescono soventi solo per ciò che si ragiona coll' *hoc post hoc*, *ergo propter hoc*. Con tutto ciò però non voglio negare ogni efficacia a simili empiriche medicazioni; basterebbe il positivo vantaggio che il decotto dei legni, il ioduro di potassio, il mercurio arrecano nelle moltiformi sifilidi cutanee, per mostrare che ancorchè la chimica non iscopra il principio morbigeno che circola col sangue, pure in esso può esistere, e può esservi neutralizzato da opportuni agenti terapeutici: or bene come il principio sifilitico così qualche altro può infettare il sangue: volontieri ammetterei l'*erpetismo* ad es. quando di questa parola non si fosse troppo abusato e dai medici e dal volgo!

Non amo far digressioni nel campo teorico, le quali in un rendiconto clinico non hanno proprio ragione di essere; pure per rapporto alle dermatosi, colla lotta che ferve fra diatesisti e anti-diatesisti ho creduto di fare la mia professione di fede, tanto più che dall'idea teorica

nasce l'indirizzo curativo da darsi nel trattamento di queste malattie. Esporrò ora qualche fatto pratico che mi pare di maggiore interesse (1).

Tra questi trovo per primo un *zoster o erpete a zona*, che ebbi ad osservare in una donna sessagenaria la quale mi presentò il raro esempio di una mestruazione oltre il consueto protratta e senza che ne risentisse il minimo danno la sua robustissima costituzione. La natura del suo temperamento eminentemente sanguigno e la sua professione di sarta forse potevano dare qualche ragione di questa anomalia ; tanto più curiosa in quanto che la primitiva comparsa dei flussi mensili sarebbe stata abbastanza precoce (anni 13). L'attività con cui quell'organismo elaborava globuli sanguigni poteva dedursi anche da una circostanza notevole di storia anamnestica, avvegnachè all'età di 10 anni per una pleuro-polmonite fosse stata salassata 17 volte e senza quelle gravi conseguenze che la cura più che la malattia avrebbe potuto dare.

Lo *zoster* per cui entrava nell'Ospedale parve potersi mettere in rapporto con cause reumatico-gastriche e complicavasi con neuralgie varie ed elmintiasi (lombrici).

L'eruzione eritemato-vescicolare era alla parte sinistra del torace in corrispondenza della 5ª e 6ª costa. Non vi era febbre. L'applicazione diretta dell'empiastro del Vigo calmò tosto il bruciore: e le vescicole che da 15 giorni erano comparse, a capo di altri 10 giorni erano del tutto essiccate. Persistette però una molesta neuralgia: essa si calmò, e molto bene con ripetute iniezioni ipodermiche di cloridrato di morfina, ma non cessò del tutto che

(1) Riferendo più tardi di un caso di neuralgia intercostale accennerò ad una febbre orticata che ne fu il mezzo di risoluzione dopo parecchi mesi che quella durava e ostinata a diverse cure.

dopo ripetute vescicazioni fatte colle cantarelle *loco dolenti.*

Le vescicole dell'erpete, quanto a forma, non differiscono da quelle prodotte dalle cantaridi altrimenti che per l'estensione ed ampiezza in queste maggiori: lo stesso si può dire del *penfigo* sia esso spontaneo o traumatico: di quest'ultimo, che meglio potrebbe, per distinguerlo dal primo, essere detto *penfigoide*, vidi un caso in un robusto giovinastro, e per effetto di un lungo viaggio e calzatura un po' ruvida. Il colore della pelle era normale, ma al lato interno del piede destro osservavansi molteplici vesciche alla regione malleolare, alla sotto calcaneare, alla prima falange del grosso dito ; non eravi febbre, la temperatura al cavo ascellare segnava + 36 2|5 ; la guarigione ottenevasi in 9 giorni colle fomentazioni saturnine, genere di medicazione che riesce bene nelle dermatosi traumatiche ed anche in alcune dermatosi spontanee o di origine interna; contro queste ultime il pregiudizio soltanto vuole assolutamente proscriverle per troppo temute ripercussioni, effetto soventi più che causa di malattie viscerali.

Fra le dermatosi d'origine interna o diatesica vuolsi riferire l'*eczema* che ne è tra le più frequenti. Due casi ne ebbi in clinica ; entrambi di antica origine, ma subordinati ad azioni causali apparenti ben diverse.

L'un caso osservai in un robusto bracciante dato ad una vita assai sregolata per abuso di alcoolici e alimenti irritanti, calefacienti. In età di 45 anni esso contava parecchie malattie sofferte: febbri varie e iperemie cerebrali ricorrenti, per cui era stato assai volte salassato ed all'emissione di sangue aveva contratto quasi abitudine. Amico di venere non aveva però notate mai forme di sifilide primitiva. Entrava all'Ospedale per una rachialgia lombare con doppia ischialgia, a sinistra specialmente intensa, e che durava da sei mesi : e per una dermatosi che datava da ben due anni.

Essa era caratterizzata da larghe macchie irregolari a fior di pelle, di colore rosso cupo, pruriginose, con un continuo senso di molesto cociore, e piccolissime vescichette che per la graffiatura davano un abbondante scolo di sierosità; la quale essiccandosi in un colli strati epidermici lasciava luogo a squame e croste a varii strati, più o meno spessi e aderenti, in alcuni luoghi umidi, in altri essiccati; al dire del malato la prima regione invasa sarebbe stata quella del gomito sinistro, quindi il capo, reso ora quasi del tutto calvo, e in seguito la regione toracica anteriore, il gomito destro, i polpacci delle gambe, le ginocchia, le natiche, il dorso, rendendosi così pressochè generale. Là dove abbondavano le squame secche, come al gomito ad es., la forma morbosa cutanea poteva rassomigliare quella della *leppra volgare*.

La sua permanenza nell'Ospedale fu assai lunga, dal 10 dicembre 1864 al 20 maggio 1865. Varie cure furono fatte ma con poco successo contro la dermatosi. Si cominciò col liquore del Fowler, quindi si dette quello di Pearson, e infine si continuò a lungo il nitrato di potassa ad alta dose: con quest'ultimo rimedio non guarì ma migliorò la dermatite che dalle dette preparazioni arsenicali non era stata modificata. Concorsero a tale vantaggio i bagni generali con amido i quali dovettero essere sostituiti alle lavature prima fatte con sapone verde ed olio di canape, con acqua di catrame e poscia con olio di ginepro; il cui effetto fu di aggravare e rendere molestissimo il prurito cutaneo. Cessato il quale tornarono poi vantaggiosi anche i bagni solforosi. Questi si cominciarono nell'Ospedale e furono continuati allo stabilimento termale di Acqui, dove soltanto si ottenne la compiuta cessazione delle macchie cutanee, e 'l distacco senza riproduzione così delle squame come delle croste. A tale effetto contribuirono senza dubbio le acque solforose naturali di S. Genisio

e del Ravanasco amministrate per bevanda. Con tutto ciò il risultato non fu che temporaneo: durante l'estiva stagione, come già era avvenuto negli anni antecedenti, cessò ogni traccia di efflorescenza cutanea, ma ritornò nell'autunno, a segno che nel successivo anno scolastico rientrava in Clinica per la stessa affezione e al grado poco presso eguale a quello dell'anno di che ora discorro.

Più fortunato fu il trattamento della ischialgia, quantunque ancor essa abbia durato a lungo con varie alternative. Nessun vantaggio contro l'elemento dolore dette il bromuro di potassio preso a due grammi al giorno e per molti giorni di seguito. Qualche temporaneo vantaggio dettero alcune faradizzazioni col pennello elettrico lungo il corso del nervo dolente; ma il solo movimento per alzarsi dal letto bastò per richiamare il dolore: un sanguisugio con soprapposizione di coppe fece ragione del dolore lombare accompagnato soventi dalla sensazione di una molesta pulsazione; le doglie di destra assai presto cessarono, ma continuarono intense quelle di sinistra con punti dolentissimi all'origine del nervo ischiatico, al cavo popliteo, al malleolo esterno, alla spina illiaca posterior-superiore. Un sanguisugio locale fu molto vantaggiosamente adoperato per combattere quest'ultimo punto doloroso: contro gli altri furono usati con pro' vescicanti volanti; all'origine del nervo ischiatico una coppa scarificata. Fu lunga l'altalena di meglio e di peggio; i cangiamenti atmosferici, i movimenti esacerbarono sempre i dolori: pur al fine si ridussero a tale grado che appena l'ammalato ne aveva sentore sotto gli sforzi di tosse e di sternuto. I fanghi d'Acqui poi risolvettero radicalmente ogni residuo doloroso; quando ritornò all'Ospedale colla sua dermatosi recidiva più non si lagnava d'altro; anzi la sua costituzione generale erasi di molto migliorata. (1).

(1) La storia di questo fatto morboso venne raccolta dal

Molte riflessioni potrebbero essere fatte intorno a questa fattispecie, e intorno alla sua eziogenia, che si può mettere a carico non d'altro che delle comuni sregolatezze di vita e di vitto; e intorno alla forma morbosa cutanea, che, come tutte le dermatosi inveterate poteva lasciare abbastanza equivoco il diagnostico ch'io direi *nominale* più che di essenza patologica; e intorno alla complicanza della rachialgia con ischialgia che non cedettero alla dermatite spontanea e solo si vinsero con rivulsivi cutanei artifiziali ; ma per non oltrepassare quei limiti che in un generale rendiconto devono avere le particolari osservazioni mi limiterò a notare, come assai rilevante, la circostanza del comparire e scomparire che fanno alcune dermatiti abituali e croniche in determinate stagioni : il che pare debba essere messo in rapporto anzi cogli atti funziònali e collo stato della circolazione cutanea, che con altre recondite cause, le alcalinità, le effervescenze, i fermenti, le diatesi, li umori peccanti, e simili potenze le quali non possiamo apprezzare, ed a priori soltanto possono essere ammesse, mancandone la dimostrazione veramente probatoria. Le facili manifestazioni recidive delle dermatopatie poi vogliono essere considerate anche per giudicare al loro giusto valore talune medicazioni, che possono riuscire o no, a seconda di molte circostanze, e soventi non dànno che vantaggi temporanei e passeggieri, massime se quelle hanno ottenuto diritto di domicilio per la loro durata, e per le istologiche mutazioni prodotte nella pelle.

Il secondo caso di *eczema* l'osservai in una cucitrice d'anni 26 che venne tradotta all'Instituto clinico dall'O-

sig. Carlo Bosco, che prima di cingere il serto dottorale da immatura morte era rapito all'affetto de' suoi parenti, de' suoi amici, de' suoi precettori !

spizio di Maternità dove partoriva per la 6ª volta. Mestruata a 16 anni, per ciò che questa funzione fu sempre irregolare andò soggetta a frequenti congestioni viscerali e capitale e addominale, le quali non trovando sufficiente compenso in naturali emorragie cui andò soggetta, massime dal naso, fecero prendere indicazione di ripetute flebotomie che contò oltre 30.

Fin dall'età di 13 anni essa portò sempre una dermatosi lenta caratterizzata da larghe macchie eritematose coperte di croste, squame, in alcune parti umide, in altre secche; sono secche al capo dove si ha la forma della *tigna amiantacea* (pitiriasi). Il capillizio è pressochè tutto compreso da queste macchie che si estendono dalla regione frontale più alta sino alla nuca, e sui lati ad ambe le orecchie fin verso l'angolo della mandibola inferiore: la regione toracica anteriore, la sottomammillare, le regioni ipocondriache, la coscia e gamba destra, il dorso presentano molte di queste macchie irregolari di antica origine; a volte più a volte meno pruriginose e moleste, con iscolo di sierosità più o meno abbondante. Nè la mestruazione, nè la gravidanza, nè lo stato puerperale, produssero alcuna modificazione in questa manifestazione cutanea che grado grado andò estendendosi, e non curata si rese permanente. Quando entrò nell'Instituto clinico era al 10° giorno dal puerperio: il suo bimbo felicemente partorito era morto da qualche giorno per funghillo: l'utero non era ancora completamente ridotto, continuavano i lochii, continuava la secrezione lattea; lo stato generale rappresentava una persona malaticcia; flaccida la pelle, floscie le carni, tumori ghiandolari al collo, voluminosi fegato e milza, respirazione un poco soffiante, polsi a 86, temperatura 36 2|5. Del resto nulla di notevole.

Coll'acetato di potassa e col regime negativo si ottenne

la cessazione della secrezione lattea. A capo di 8 giorni erano affatto cessati i lochii. Contro la dermatosi si prescrissero bagni tiepidi con amido e l'uso interno di un decotto di salsapariglia, dulcamara e bardana coll'aggiunta del sciroppo del Savarese. Il miglioramento fu notevole e progressivo. Sebbene il 30 aprile e 'l primo maggio per insorta febbre (temp. + 38, pulsazioni 105) siasi dovuto far sosta nella cura, il risultato riuscì abbastanza soddisfacente, si distaccarono e croste e squame, rimanendo semplici macchie eritematose, che grado grado andarono prendendo tinta più pallida. L'ammalata rimase nell'ospedale 51 giorno e quantunque abbia dovuto soffrire l'estrazione di alcuni piccoli polipi vescicolari che portava nelle narici ed abbia presentati alcuni fenomeni morbosi per catarro intestinale con elmintiasi, e per irregolarità di mestruazione, tuttavia ne usciva migliorata assai e non solo per la dermatosi ma anche per lo stato generale della sua costituzione, che molto guadagnò da un vitto analettico e ristorante.

Pare ragionevole lo ammettere che la dermatite in questa donna sia stata domata dalla maggiore attività delle secrezioni cutanee promosse dai rimedii internamente ed esternamente adoperati: cotali funzioni, giova notarlo, soventi si disordinano insieme con quelle dei visceri addominali: il fatto ora narrato lo prova, e meglio ancora il conferma quest'altro che ne è una figliazione ereditaria.

Una ragazza della suddetta cucitrice, d'anni 3, fu pure ricoverata nell'Instituto clinico per una dermatosi lenta a forma di *pitiriasi*. Allattata dalla sua madre, fin dall'età di 10 mesi fu svezzata e sofferse dappoi di diarrea che le lasciava tumido assai il ventre, come è tuttora. Inoltre e convulsioni ebbe a patire, ed un'estesa eruzione di grosse pustole che tennero dietro alla vaccina-

zione e lungo tempo suppurarono (*impetigine*). L'attuale forma morbosa cutanea comparve da tre mesi (ciò esclude la contagiosità e lascia credere a sola ereditarietà) ed è rappresentata da piccole chiazze eritematose, rosee, non pruriginose, con leggierissima desquamazione epidermica superficiale, sparse qua e colà in varie parti del tronco, massime al dorso, ed anche in qualche punto delle antibraccia. Le chiazze scomparirono con lavature di una soluzione di bicarbonato di soda. Contro l'ingorgo ghiandolare addominale si prescrisse l'olio di merluzzo.

La cura procedeva in bene quando insorse la scarlattina (1); guarita questa, in pochi giorni la piccolina usciva dall'Ospedale in un colla mamma sua, ed in ottime condizioni.

Non è rara l'ereditarietà nelle malattie cutanee a corso cronico, la vidi sovente massime nelle famiglie israelitiche, nelle quali osservai, cosa notevole, l'alternarsi a volte forme diverse di dermatopatia, l'erpete, il penfigo, la pitiriasi, la psoriasi, l'eczema, l'ectima, l'impetigine e va dicendo.

Sono questi casi di malattie ereditarie, che proverebbero a favore della dottrina diatesica, la quale in dermatopatologia può dirsi non sia stata intieramente scalzata se non pelle *malattie parassitarie*, che formano una vera conquista della medicina moderna.

Tre casi di queste occorsero in clinica: un caso di *scabbie* in individuo ricoverato per reumatismo articolare che altra volta era già stato scabbioso, e che avendo avuto prima di entrare nell'Ospedale frequenti e diretti rapporti con molti scabbiosi, dopo 20 giorni di permanenza ne presentò traccie evidenti (prurito notturno alle

(1) V. la nota della pagina 109.

regioni addominali, con vescicolette associate ai caratteristici tragitti sotto-epidermici lasciati dall'acaro), delle quali in due soli giorni libero rimaneva con buone fregagioni generali di pomata solfuro-alcalina e di bagni fatti con acqua saponata; topiche medicazioni per le quali ho tutta la confidenza, massime per l'esperienza che ne ho fatto frequente nelle carceri giudiziarie, dove osservai non rara la scabbia: colla pomata d'Helmerich vidi sempre cessare il prurito, ed essiccarsi le vescichette, sorgendo in loro vece poche papule di brevissima durata ed insignificanti.

Accennai questo fatto isolato non perchè abbia interesse peregrino di novità, ma per mostrare che il prurito della scabbia vuol attentamente essere differenziato dalla semplice prurigine che può essere effetto di sudiciume, come in altro caso, in ammalato di reumatismo, ebbi ad osservare, nel quale per tutta cura bastò la sola pulitezza, e per far vedere ad alcuni retrivi, che ancor sono fra noi, come si possa vincere prontamente la scabbia e senza rimedi interni, i quali, quando non sieno dannosi, sono per lo meno inutili in una malattia parassitaria, esterna sempre dall'origine al termine.

Tale è pure la *tigna favosa*, genere di dermite pustolosa attinente ad un dermofita, l'*Achorion Schönlenii.*

Due casi ne ebbi in Clinica, maschi entrambi (individui linfatici, provenienti dal contado), l'uno di cinque, l'altro di nove anni. Quest'ultimo mentre ricordava otiti, congiuntiviti, diarree, tosse asinina, sofferte ne' primi suoi anni di vita, non seppe precisare il come e 'l quando sia sorta la sua tigna, che disse aver sofferto sempre, malgrado alcune cure empiriche e l'uso topico del petrolio ultimamente consigliatogli, che non gli dette vantaggio di sorta. La lunga durata della malattia veniva del resto provata e dallo stato infermiccio del ragazzo, e dalla

generale macilenza e dall'estesa alopecia, e anche da una notevole ipertrofia delle ghiandole linfatiche cervicali e sopraclavicolari specialmente del lato sinistro: il cuoio capelluto era coperto in alcuni punti di croste spesse ombellicate a forma di favo, in altre regioni presentava di molte squame epidermiche, bianche, secche, argentine; il derma al di sotto di queste croste e squame era arrossato: alla regione occipitale si trovarono due piccoli ascessi succutanei: alla periferia delle croste e delle squame si vedevano a fior di pelle alcune pustole sparse. Macerate le croste, col mezzo del microscopio si trovarono in esse molti talli e spore indicanti la presenza dell'Achorion.

L'altro ragazzo non ricordava precedenze morbose, eccettuata la tosse asinina guarita in due mesi. La sua tigna datava solo da due anni e mezzo: cominciava per una piccola crosta al vertice del cranio e altre vi tenevano dietro, sino a cuoprirne tutto il capo. Cure varie furon fatte ma invano: coll'uso di cataplasmi cadevano le croste ma si riproducevano sempre, e un suo fratellino di minore età veniva dopo lui preso dallo stesso malore. Quando entrò nell'ospedale, oltre le croste di tigna favosa a gruppi, sopra varie regioni del capo, riconosciuta tale pei suddetti caratteri macro e microscopici, si trovarono le traccie del vero abito scrofoloso; ghiandola tiroidea tumida; ingorgate ed ipertrofiche le ghiandole linfatiche di molte parti del corpo e specialmente del collo; congiuntivo-cheratite con pustole sulla cornea destra; antica corizza con eritema marcato dell' apertura delle narici; pustolette e fessure sulle labbra; pustole sparse su tutta la pelle; catarro bronchiale rappresentato specialmente da rantoli sonori gravi; turgescenza di ventre, massime dopo il pasto, con area epato-splenica molto estesa e diarrea abbondante; enuresi notturna: carni floscie; aspetto cachettico.

La cura nell'uno e nell'altro caso fu pressochè identica; sul capo feci applicare cataplasmi emollienti per distaccare le croste, macerare li strati più superficiali della pelle e così modificare, come benissimo notò il Cantani (1), le condizioni materiali del terreno sopra il quale il fungo cutaneo si sviluppa, cresce e moltiplica: questo metodo semplicissimo da molti anni usai sempre con vantaggio nei tignosi; e nelle carceri giudiziarie dove tra i ragazzi mendicanti e vagabondi non è raro di trovare questa malattia, ottenni sempre bellissimi risultati colla insistenza. È un rimedio, il cataplasma emolliente, che cura la tigna *jucunde et tuto, sed non cito.* Gli insuccessi sono pertanto effetto dell' impazienza dei curanti, dell'incostanza dei malati; e non contraddicono al metodo che vorrei chiamare non solo antiflogistico ma parassiticida: perchè riesca vuolsi però la rasura dei capelli, la quale frequentemente ripetuta, a misura che quelli crescono, può benissimo evitare la depilazione; quando nessuna pustola nuova esce più e la pelle ha il suo color naturale, allora soltanto la guarigione è assicurata.

Ad un tempo nei narrati casi giovarono il buon vitto, la pulizia, la cura ricostituente, il latte, l'olio di fegato di merluzzo. Non credo questi mezzi curativi sieno quelli che vincono una dermatosi la quale è prodotta da dermofiti e non da morbosa diatesi, come in altri tempi si credeva: essi però mirabilmente servono contro la scrofola e lo stato cachettico che vi si associano pressochè sempre; e che, se non ne sono causa occasionale, determinante, efficiente, come si pretese da alcuni, paiono però esserne una potente causa predisponente da prima, poscia, in progresso di malattia, un manifesto effetto, che si eleva al grado di vera complicazione.

(1) Vedi il *Morgagni*, ottobre 1865.

Sono queste complicazioni o successioni morbose che fecero credere alla natura diatesica di talune malattie cutanee che la moderna scienza riconobbe attinenti al parassitismo: basti accennare alla scabbia, per rapporto alla quale la scoperta dell'acaro e 'l giusto apprezzamento della sua importanza in questa malattia, fecero dimenticare i romanzi che sulla diatesi psorica si dettarono in epoche da noi non tanto remote e specialmente da una scuola famosa per eccentricità e misticismo!

§ 3.

Malattie del sistema vascolare.

Iperemie.

Consensus unus, consentientia omnia; quindi nessuno stupirà, se, dopo d'avere discorso di febbri e di dermatiti, io passo a fare parola delle malattie del sistema vascolare colle quali e le une e le altre frequentemente si collegano, presentando anzi, parlando nosogeneticamente, molti punti di contatto. Le febbri sono sempre effetto, non raramente causa di dissesti funzionali del sistema nerveo-vascolare e le malattie della pelle parimente colle malattie dei vasi vanno soventi di conserva. La febbre determina facili congestioni capillari nei vari organi e quindi a volte nella stessa pelle (febbre rossa): ed una irritazione cutanea, per la ricchezza della pelle in elementi nervosi, desta movimenti riflessi cui il cuore e i grossi vasi non restano estranei. L'importanza funzionale della pelle dipende specialmente e dagli elementi ghiandolari che comprende, e dall'abbondanza in essa del circolo sanguigno, il quale, modificandosi per cause

patologiche, dà luogo a dissesti idraulici notevoli nelle interne parti: molte flussioni viscerali dipendono da ischemia cutanea, la quale può anche alla sua volta essere effetto di movimenti idraulici altrove convergenti. Le congestioni sono pertanto tra le più frequenti malattie del sistema vascolare; quanto a importanza, basti il dire, che molte organopatie, molte malattie che alterano i processi nutritivi de' visceri, sorgono primitivamente da semplici congestioni.

Le congestioni possono essere fatti morbosi isolati, semplici, dipendenti da maggior afflusso di sangue ad una data parte (impeto a tergo, flussione, emormesi, congestione arteriosa attiva anche detta impropriamente); oppure da impedito deflusso sanguigno (congestione passiva, venosa, meccanica, stasi, ipostasi): per lo più però sono fatti morbosi complicati, secondarii, associati a malattie le più diverse ed anche di opposta natura, come la pletora e la clorosi, la febbre infiammatoria e la febbre tifoidea, le flogosi e le neuropatie, e va dicendo. Rari sono i casi patologici in cui la formola diagnostica abbia a comprendere un fatto congestizio isolato e scevro da concomitanze morbose: quando non vi fossero le vere complicazioni, quali sono frequenti, come vizi di cuore, febbri periodiche, isterismo, ecc., vi sarebbero le successioni patologiche, le neuralgie, li spasimi, le paralisi, le flogosi, i catarri che per poco sieno intensi meritano di essere accennati nella formola diagnostica, e rendono complessa la malattia.

Sopra un totale di 65 casi morbosi nei quali fu specialmente notato il fatto *congestione*, 8 appena furono casi di congestione isolata o al capo o al petto, o al fegato o alla milza, gli altri furono tutti fatti complessi o di congestioni viscerali moltiple o di congestioni con orgasmo, con febbre, con pletora, con clorosi, con neu-

rosismo, con prosopalgia, con contratture, con profluvii, con processi flogistici.

Per rapporto alla sede delle congestioni viscerali nei due sessi seguendo la classificazione cennata nel quadro riportato nel mio precedente rendiconto (pag. 59) trovo questi risultati:

	Iperemie viscerali moltiple	Iperemie addominali o spleno-epatiche	Iperemie cerebrali	Iperemie cerebro spinali	Iperemie polmonari	Totale
Uomini	3	9	9	7	2	30
Donne	13	3	9	8	2	35
Totale	16	12	18	15	4	65

Risulta da questa tavola che il numero delle congestioni quasi si pareggia per i due sessi essendo poca cosa la differenza in più per le donne, la quale compensa direi la differenza in meno in esse trovata nel precedente rendiconto. Anche in quest'anno clinico trovai più frequenti nelle donne le congestioni polisplancniche, più frequenti negli uomini le congestioni addominali o flebo-epato-spleniche, mentre le altre ubicazioni congestizie si pareggiano nei due sessi.

Non posso trascurare un'altra considerazione, relativa al numero proporzionale dei casi di congestione comparativamente al numero totale dei malati della clinica; mentre nel rendiconto precedente la cifra proporzionale era di 1 : 2,44, in quest'anno trovandone 65 casi sopra un totale di 285 malati, si ha la proporzione assai minore di 1 :

4,38. La ragione di questa notevole differenza credo trovarla nel maggior numero delle malattie croniche ed afebbrili osservate in quest'anno clinico comparativamente ai due precedenti. Sono precisamente le febbri e le malattie febbrili che disturbando le azioni circolatorie dànno luogo più frequentemente a fatti iperemici viscerali unisplancnici o polisplancnici a seconda delle diverse disposizioni individuali, e che acquistano tale importanza, massime in principio di malattia, da meritare soventi di essere notate nella formola diagnostica. Pensatamente accenno a questa *importanza*, avvegnachè se non si tenesse conto della ragione per cui a volte la congestione si *individualizza* come malattia indipendente dalla causa prima che la produsse, si correrebbe rischio di considerarla sempre come semplice sintomo; ed in allora, naturalmente, o non se ne dovrebbe fare speciale parola, o dovrebbe essere assai più frequentemente notata che non risulti dalle mie cifre statistiche. Egli è al giusto apprezzamento del clinico che spetta definire quando e fino a che punto un fenomeno, un fatto morboso si abbia a considerare quale sintomatico soltanto o possa meritare d'essere elevato a maggior dignità patologica e quindi compreso nella formola diagnostica; congestioni viscerali occorrono in tutte le febbri; ma in alcune sono passeggiere, temporanee, leggiere e cessano col cessar della causa, quindi sono puramente sintomatiche: in altri casi per contro sono gravi, profonde, di lunga durata, di lenta, difficile risoluzione e vogliono essere considerate fino ad un certo punto come malattie a parte. Tale è il concetto generale sul quale si fonda la speciale trattazione ch'io ho creduto dover fare delle congestioni.

Non istarò a definirne i sintomi e i segni; essi in parte si confondono con quelli delle singole organopatie; egli è soventi dalla storia anamnestica prossima e remota

e dal vario andamento, dalla più o meno facile, più o meno pronta risoluzione, che si può fare facilmente un diagnostico differenziale tra l'iperemia o semplice congestione di un organo e le più o meno profonde lesioni della sua nutrizione. Quella, rigorosamente parlando, è malattia vascolare, queste son malattie viscerali, alle quali prendono parte l'enchima e 'l parenchima, lo stroma, il tessuto interstiziale; eppure soventi hanno assai simile il linguaggio patologico. Delirio e stupore, neuralgie e contratture, paresi e paralisi troviamo nelle congestioni e nelle flogosi de' centri nervosi; difetto di rumore vescicolare e ottusità alla percussione troviamo nelle congestioni e nelle flogosi polmonari; estensione d' ottusità nell'area epatica e nella splenica abbiamo nelle congestioni come nelle organiche alterazioni del fegato e della milza: albuminuria rinviensi nelle congestioni e nelle flogosi renali. Non dico che sia impossibile col mezzo di un'osservazione clinica rigorosa e di una sindrome fenomenica esattamente raccolta arrivare ad un diagnostico differenziale sicuro. Dimenguardi ch'io pronunci tale eresia! Ma per l'ordine della mia trattazione, appunto per i tratti di rassomiglianza, amo meglio toccare più particolarmente della fenomenia delle congestioni viscerali parlando delle singole organopatie che non discorrendo ora delle malattie del sistema vascolare, al quale si riferiscono, se è lecito così esprimermi, piuttosto anatomicamente che patologicamente. Seguo, è vero, nel mio rendiconto l'ordine anatomico, perchè lo stimo preferibile a fronte degli altri sistemi nosologici, ma non voglio esservi tanto ligio da sacrificarvi il concetto patologico che in una scrittura di argomento clinico deve avere sempre la precedenza.

Pletora. Nella patogenia delle congestioni o iperemie viscerali, massime polisplancniche, ha e deve sicuramente

aver parte la pletora o poliemia generale: meno frequentemente però di ciò che un creda. Sopra 65 casi di congestioni viscerali, stando ai fatti riferiti in questo rendiconto clinico, ne trovo soli 12 in cui il fattore pletorico generale sia stato notato, sette tra le donne e cinque tra i maschi (1); e ancora, tra questi dodici, tre soli furono i casi di pletora pura e semplice, in 6 casi eravi la febbre associata; in altri tre uno stato generale di orgasmo, ciò che cangia ancora in meno i termini proporzionali, avvegnachè l'orgasmo e la febbre prendono soventi parvenza di pletora, senza che vera poliemia vi sia.

In tre casi anzichè pletora v'era uno stato clorotico pronunciato; e in altri 9 casi, 7 donne e 2 maschi, trovai marcatissimo il neurosismo generale, o l'isterismo, con iperemia locale dei centri nervosi, d' onde spasimi e contratture. Ciò che non è indifferente, massime per le indicazioni terapeutiche.

Non credo sempre e rigorosamente necessari i salassi nelle congestioni con o senza febbre, anche a fondo o forma pletorica; chè nella grande maggioranza dei casi le vidi andare a guarigione colla cura rigorosamente negativa e coi compensi terapeutici secretivi; *a fortiori* quindi vogliono le sanguigne sottrazioni essere risparmiate se vi ha fondo clorotico o neurosismo isterico.

Non credo sia quasi più possibile che un medico prenda la indicazione della flebotomia, qualunque sia la malattia, se gli individui sono riconosciuti clorotici; l'esperienza clinica ha oramai fatto ragione delle teorie

(1) La maggior frequenza della pletora nella donna risulta anche dal precedente rendiconto, pag. 63.

aprioristiche che la clorosi facevano derivare da una flogosi vascolare ! ! ! L'analisi del sangue in essa dimostrò l'ipoglobulia; e nel ferro unito a buona alimentazione si riconobbe il miglior rimedio per ripararvi, anche quando per avventura v'hanno congestioni viscerali.

Ma assai meno apprezzati in genere sono i rapporti patologici tra il neurosismo, l'isterismo così detto e i fatti iperemico-congestizi che a volte simulano la pletora, e, se esiste, ne rendono molto più grave la fenomenia. Quando si ha la neurosi generale, un'aumentata conducibilità secondo i moderni patologi, la diatesi così detta nervosa ne' tempi passati, anche i nervi vaso-motori prendono molta parte al fatto morboso: e sbilanci idraulici, orgasmo, arteriosità, congestioni viscerali ne sono la conseguenza ; questi fatti sono a volte talmente pronunciati, da determinare fenomeni come di pletora, non vera, ma ad *spatium* secondo il linguaggio degli antichi patologi.

Lo spasmo, la contrazione dei vasi capillari, massime in grandi provincie vascolari come sarebbe ad es. l'integumento cutaneo, bastano per determinare congestioni viscerali, anche trisplancniche, e sintomi di turgore, di pienezza, di tensione cardio-arteriosa accresciuta massime negli individui a tempra sanguigna, e quando mancano benefizi emorragici naturali od abituali. In questi casi possono essere necessarie alcune sottrazioni sanguigne, ma fatte con misura, e locali più soventi che generali, derivative, rivulsive, anzichè spogliative o depletive, colle mignatte piuttosto che colla lancetta, dai vasi capillari piuttosto che dalla vena. Ciò per imitare le naturali crisi emorragiche ; per ottenere un lento e prolungato depluvio sanguigno, il quale non operando nel circolo quell'urto repentino che è prodotto dalle larghe flebotomie, non accresce come queste l'azione cardio-arteriosa ; ma

cangia utilmente la direzione delle correnti sanguigne e vince le flussioni patologiche eccitando contro-flussioni artificiali, tanto più benefiche quanto meglio vi è stato preparato il circolo generale, e sono ridotti a normalità i moti tumultuari del cuore e grossi vasi con un'igiene opportuna, colla cura negativa e coi sedativi nerveo-vascolari (aconito — cianogeno — ghiaccio).

Questi sono rimedi che adoperati di conserva coi rimedi ipersecretivi , a seconda delle diverse indicazioni del momento, riescono a vincere le congestioni anche quando vi si associa l'orgasmo e la febbre, dalla quale a torto in altri tempi ho visto traggere speciale indicazione costante per il taglio della vena ; solo quando vi sia urgenza questo è indispensabile; che del resto anche nei casi più gravi e più insistenti le emorragie capillari artifiziali compiono benissimo la cura : e ciò che più monta senza sostituire una malattia ad un'altra, come quando solevasi trattare la pletora, fosse vera od apparente, assoluta o relativa, con tale attività di metodo depletivo da produrre una inevitabile cloroanemia : la quale alla sua volta durava poi più o meno, correva semplice, o complicata con neurosismo, a seconda delle varie condizioni individuali e dell'intervento più o meno intelligente dell'arte !

Ho visto cogli occhi miei molti fatti di questa natura, ma fuori della mia Clinica: e provo una vera soddisfazione morale e scientifica quando penso che in nessuno dei miei malati vidi mai quelle forme morbose gravi, complicate, imponenti, spaventose, rappresentate da tumulti cardio-vascolari e nervosi d'ogni genere, cardiopalmo, singhiozzo, tosse, affanno, dispnea , vomiti, algie viscerali e periferiche, spasimi, deliquii, che attribuiti a delle ITI qua e là fissate, spingevano gli esercenti a tale un numero di salassi (15, 20, 30) che sarebbe incredi-

bile se non fosse stato vero; e potrebbe sembrare inaudito se a volte non ci venisse anche oggidì con tutta sincerità raccontato dai nostri ammalati nel raccogliere che facciamo le loro precedenze morbose; e quasi quasi saremmo disposti a negare, tanto lo ci pare oggi assurdo, se non ricordassimo sempre le dottrine che ci vennero insegnate sulla famosa diatesi flogistica, sulla diffusione della flogosi dalla parte al sistema generale, sull'angioite, sull'oloflebite! Dottrine, che ridotte in pratica all'ultima loro formola, il *flebotomismo*, formano la condanna di tutto un sistema patologico!! E di vero chi oggimai anche fra il volgo oserebbe dire sul serio: *l'ammalato è morto ma la flogosi fu vinta!! Peccato che non si sia potuto fare il* 21 *salasso, chè l'ammalato sarebbe guarito*!! Eppure le frasi furono pronunciate! E da tali che passavano per pratici distinti! E i credenti v'erano!! Ma via! Che cosa v'ha che non si creda quando si rinunzia all'osservazione, alla sperienza, sto per dire alla ragione?

Scrivendo in un paese dove a volte si sente parlare ancora di angioite e di salassi di precauzione, di salassi esplorativi, di salassi di compiacenza: dove chi è astemio dalle operazioni sanguigne è tacciato di novatore, di rivoluzionario, di eretico, di ribelle alle buone tradizioni mediche (1); dove la attuale moderazione, in ge-

(1) Quest'accusa, devo confessarlo, non mi ferisce per nulla: non si andrebbe avanti mai nelle vie del progresso se si volesse essere troppo ligi alle antiche pratiche, alle tradizioni, all'autorità, alla scuola. Jaksch che, come ci narra il dotto professore Arnaldo Cantani (*), aboliva a Praga la secolare

(*) V. *Gazz. Med. Ital. Lomb.* serie V, tom. I, marzo 1862. *Sulla terapia della scuola medica di Praga:* scrittura che, come tutte quelle del chiarissimo autore, io non so astenermi dal raccomandare agli studiosi di medicina.

nere notevolissima, della pratica flebotomica non si osa confessare dipendente dalle radicali mutazioni avvenute nel campo medico-scientifico, ma si vuole attribuire a cangiamenti avvenuti nelle costituzioni mediche (1): dove in piena seduta accademica la quistione del salasso fu detta

pratica del salasso, riservandolo a pochi casi eccezionali, non avrebbe potuto capitanare una riforma che fece oramai il giro della Germania intiera, se non si fosse ribellato ai precetti del professore Krombholz il quale, non sono ancora cinque lustri, si vantava di aver fatto anche 16 salassi in una polmonite. Si disse, e si ripetè tra noi, che un metodo di cura trovato utile in Germania non potesse applicarsi anche all'Italia: ma se prima anche colà si salassava quanto qua e fors'anche più; eppur senza danni, anzi con vantaggio, il salasso si aboliva o quasi, perchè nol potremo noi? L'esperienza di parecchi anni e sopra vastissima scala, e molti studi comparativi che mi son trovato in favorevole occasione di potere fare e ripetere, per conto mio mi permettono di rispondere senza reticenze: Sì IL POSSIAMO.

(1) Trovandomi a consulto con medici consumati nell'esercizio dell'arte e in città e in paesi di provincia e nei comuni rurali ebbi più volte ad udire questa spiegazione del minor salassare che oggi si fa a fronte degli andati anni. La crittogama e 'l colera sono le due più potenti cagioni che spiegherebbero l'odierna minore resistenza generale, così essi si esprimono, alle sanguigne sottrazioni. Io mi dichiaro poco favorevole a questo modo di pensare, avvegnachè veda anche oggigiorno alcuni sistematici, il cui numero per buona sorte va in dileguo, ricorrere a cinque e più salassi in una sinoca, a otto o dieci in una polmonite, in una risipola, in un reumatismo articolare e va dicendo. Ma ammettiamo per vero che oggi si tollerino meno i salassi che non vent'anni or sono: non sarebbe per avventura l'abuso che se ne fece nei padri la causa della minor tolleranza nei figli? È una mia idea! I ricercatori profondi che trovarono nella malattia dei vigneti e nelle epidemie colerose la ragione per cui si dovette cangiare sistema terapeutico nella cura delle flogosi (!!), sapranno dirmi se e sino a qual punto io abbia colpito a segno!

quistione *ardente*; non è a stupire s'io v'abbia in questo rendiconto spesa qualche parola e fatta una breve digressione sopra un argomento che tanto interessa la medicina e i medici e più ancora dovrebbe interessare gli ammalati.

Se questi tra noi in altri tempi ebbero ragione di frenare spesso la mano di chi abusava della lancetta, ora per contro a volte quasi diffidano di chi loro non apre largamente la vena per una febbre che tosto non ceda, e lasci p. e. oppressione di petto o cefalea o crampi e va dicendo: fortuna che il buon senso del nostro popolo è superiore a molti pregiudizi: la logica dei fatti presto lo convince! Così potessero essere facilmente convinte le menti di quei pratici, d'altronde coscienziosi, i quali avendo imparato a fare uso frequentissimo del comodo, troppo comodo metodo dei salassi, come di una panacea quasi universale, non sanno ora facilmente arrendersi ad una contraria pratica, che, urtando le loro inveterate abitudini, troppo contraddice a dottrine lungamente accarezzate per ciò, che imparate nella scuola da venerati maestri!

Concedo che il salasso anche usato oltre i limiti di uno stretto e rigoroso bisogno, pur tuttavia non produca sempre ed in tutti gli individui danni egualmente gravi, come anemia e clorosi e idroemia: in tesi generale però non credo sia facile determinare *a priori* la perdita del sangue che può essere e quella che non può essere impunemente tollerata. Essendovi individui, i quali, senza portare alcuna esterna impronta di temperamento eminentemente sanguigno, colla massima facilità e prontezza riparano le loro perdite sanguigne, ed altri no, anche con tutte le apparenze di una abituale pletora, cosa che ogni pratico deve conoscere: manifestamente l'abuso del salasso vuol essere studiato più ancora in senso relativo che non in senso assoluto.

Sonvi malattie ben molte che potrebbero guarire senza salassi, pure coloro che le soffrono, anche salassati, non muoiono per ciò, anzi per lo più guariscono, e in uno spazio di tempo non troppo lungo: e chi lo nega? Ma saranno questi argomenti serii per legittimare in medicina l'uso generoso della flebotomia?

Mai no certo! Anche un solo salasso, a parer mio, quando l'ammalato avesse potuto guarire egualmente presto ed egualmente bene senza il medesimo, costituisce un abuso. Alcuni si credono assai moderati, perchè una sinoca con congestioni viscerali che avrebbero altre volte trattata con otto o dieci sanguigne sottrazioni, oggigiorno curano con due o tre appena: ma se risulta dal fatto clinico che quella stessa febbre si può sciogliere da sè a capo di pochi giorni senza salassi affatto e che con essa vengono a risolversi le congestioni che ne sono dipendenti: non diremo che si può far a meno anche di quei due o tre? Io potrei citare molte centinaia di fatti comprovanti il mio asserto, ragion vuole però che non esca dai confini del mio rendiconto, e volontieri mi vi attengo. Lascio ogni digressione e mi tengo ai fatti della Clinica. Ne sceglierò alcuni che fanno precisamente alla quistione che tratto.

Osservazioni pratiche di malattie congestizie diverse.

1ª Una povera serva d'anni 50, di temperamento sanguigno, macilente però e di mediocre costituzione, entrava in Clinica il 1° aprile 1865 al N° 354 e vi rimaneva 27 giorni. La formola diagnostica fu — *iperemia viscerale trisplancnica.* Essa narrava come fin dall'età di 12 anni in seguito a veglie e fatiche soffrisse di grave malattia cerebrale per cui le furono fatti 12 salassi. D'allora in poi, per ciò che, a suo dire, il sangue le salisse troppo facilmente al capo, ad ogni anno veniva più volte salassata, e fin anche 15 volte in una sola ricorrenza

morbosa e nello spazio di pochi giorni, avvegnachè la si considerasse come pletorica. Conseguenza di questi trasporti di sangue al capo (ed anche, a parer mio, dei molti salassi), fu la tardanza della mestruazione che arrivò a 22 anni soltanto. Prima di quest'età il flusso mestruo era stato più volte vicariato da epistassi e da alcuni sbocchi di sangue di incerta provenienza. Ebbe due gravidanze ed in esse fu sempre salassata le 5 e le 6 volte. All'età di 30 anni ebbe di nuovo a soffrire nel capo per cui nel nostro spedale nello spazio di parecchi mesi le furono praticati 32 salassi. E ancora nel dicembre 1864 per le solite sue sofferenze fu assoggettata ad altre nove cavate di sangue. Con tutto ciò non può dirsi sia stata gran cosa deteriorata la sua costituzione: la mestruazione dette ancora qualche traccia nel gennaio 1865, quantunque già inoltrata fosse la nostra donna nell'età critica. Quando riparava nello Instituto, da circa quindici giorni era in preda alle già più volte sofferte forme morbose — cefalea gravativa e vertiginosa; vampe calorose alla faccia, rachialgia, crampi alle estremità, affanno di respiro, inspirazioni incomplete, rumor vescicolare oscuro alla base dei due polmoni con ottusità corrispondente; cardiopalmo con toni cardiaci oscuri; polsi piccoli, stretti, a 65; temperatura + 36°; inappetenza, ventre tumido e resistente, aree epatica e splenica piuttosto estese, alvo chiuso, orine scarse, utero turgido, ipogastro dolente. Dietro la formola diagnostica suespressa, volendo anche ragionare *a juvantibus*, per poca condiscendenza si fosse voluto usare al desiderio dell'ammalata era facile prendere l'indicazione di aprire nuovamente la vena. Pur se ne fece a meno. Il riposo, l'astinenza rigorosa, qualche bevanda temperante (acq. imperiale — tamarindo), l'applicazione di compresse fredde sulla fronte e infine, dopo alquanti giorni, un abbondante sanguisugio dai vasi emorroidali, portarono per-

fetto equilibrio in tutte le funzioni e fecero intiera ragione di tutti i fenomeni morbosi. Raccolse queste notizie il dottor Martelli allievo della Clinica.

II. Un fatto simile al precedente mel presentò una tabaccaia d'anni 25, di buona costituzione, di temperamento linfatico-sanguigno. Essa riparava all'ospedale il 25 luglio al N. 368 per *congestione cerebrale con prosopalgia.* Narrava come fin dall'età di 12 anni, epoca in cui precocemente cominciavano i flussi mensili, essa fosse stata salassata per congiuntivo-cheratite e ben cinque volte. Da poi ammalò, a suo dire, quattro volte, sempre per urti di sangue al capo, ragione per cui fu generosamente salassata le 10 e le 12 volte per ogni malattia, l'ultima delle quali avrebbe avuto la data di 4 anni. Ora da 4 giorni per difetto di benefizio lunare fu presa da cefalea gravativa, vertigini caduche, pulsazioni abnormi e dolorose con sensazione di calore al capo, dolori sopra orbitali, inappetenza, stitichezza. La rigorosa dieta negativa, il riposo, le fomentazioni fredde sul capo, un purgante idragogo salino, 12 mignatte ai vasi emorroidali fecero ragione di tutti questi fenomeni morbosi, senza flebotomia, e in soli 6 giorni. Il fatto venne notato per sommi capi dal dottor Vignolo-Lutati assistente interinale dell'Istituto clinico.

III. Se i narrati fatti dimostrano come si possa risparmiare il salasso anche quando parrebbe indicato; per dimostrare le conseguenze dell'abuso, non è meno eloquente un altro fatto registrato dallo stesso ora lodato dottore assistente. Una contadina di temperamento sanguigno-bilioso, d'anni 48, entrava nell' Instituto il 12 luglio 1865, al N° 358. Narrava di essere madre di 8 figli e di non avere mai nulla sofferto tranne una lunga malattia dei visceri addominali, che le lasciava una tuttora manifesta ipertrofia di milza: per tale malattia a ri-

prese le erano stati praticati *sessanta* salassi, e 'l risultato ne fu, che durò malatticcia per ben sei anni. Ora entrava all'Ospedale per *congestione cerebrale*, che durava da soli 4 giorni, ma appunto per le condizioni generali cloro-anemiche in che si trovava, lungo ne fu l'andamento e lenta la risoluzione. Pure al fine si riuscì a vincerla col lungo riposo, colla posizione eretta del capo, coi bagnuoli freddi sulla fronte, con pediluvi senapizzati; rimedii amari (legno quassio), l'acqua di *La Bauche* furono diretti a moderare le abituali gastralgie con dispepsia d'onde la cloro-anemia traeva sostegno continuo, e che certo sarebbesi aumentata quando l'iperemia cerebrale colle sanguigne sottrazioni generali fosse stata combattuta energicamente. Due soli sanguisugi a lunga distanza, l'uno ai processi mastoidei, l'altro ai vasi emorroidali furono fatti: il primo migliorò la cefalea, il secondo diminuì le doglie addominali consociate all'ipertrofia splenica, la quale scemò anche dietro il benefizio di uno spontaneo catarro intestinale, L'uso protratto dei ferruginosi compieva la cura.

La massima moderazione nel salassare non vuol dire che se ne debba essere astemio affatto; per mostrare che tale è la mia condotta al letto degli ammalati amo qui riferire il seguente caso pratico:

IV. Una robusta lavandaia di 30 anni, di temperamento bilioso, riparava nell'Instituto il 31 maggio 1865, e vi rimaneva fino al 19 giugno al N° 361. L'esame diagnostico e 'l diario clinico era affidato al dottor Asteziano, tra gli allievi della Clinica, per ingegno distintissimo. La donna narrava come solo a 19 anni fosse stata mestruata ma sempre assai scarsamente e per tre giorni soli. Ebbe quattro gravidanze e sempre in esse sofferse di cefalea, affanno di respiro, cardiopalmo che venivano curati con due o tre emissioni di sangue, ge-

nere di panacea che le levatrici tutte ed alcuni ostetrici hanno l'abitudine di consigliare contro i disturbi di circolo che nella gravidanza occorrono facilmente, massime nelle donne date ad una vita sedentaria o troppo faticosa. Quest'ultima era la vita abituale della nostra lavandaia; la quale, dopo l'ultimo parto, avvenuto 11 mesi prima della sua entrata all'Ospedale, avendo avuto gravi dispiaceri per l'immatura morte del marito, ed avendo dovuto ancor più di prima faticare nel lavoro, cominciò a soffrire di cardiopalmo, cefalea, senso generale di peso delle sue membra, amenorrea; fenomeni morbosi che andarono crescendo, rendendosi anche più sensibili nelle epoche mensili, e si resero quindi permanenti: una assai scarsa mestruazione comparsa sul finire di aprile e seguita da leucorrea parve darle qualche sollievo, ma il difetto di cura e la continuazione del lavoro impedirono un deciso miglioramento; dopo altri 15 giorni crebbe il cardiopalmo, la cefalea si fece più intensa, il respiro meno libero, con senso di generale stanchezza, insonnia, sonni agitati e sogni spaventosi, rachialgia, dolori vaghi alle membra e contrazioni dolorose ai polpacci delle gambe, formicolio, crampi, torpore degli arti, annebbiamento di vista, rumori alle orecchie. Associandosi a tutti questi fenomeni morbosi una grande scarsità di tutte le secrezioni e quindi una molesta stitichezza, per consiglio dell'arte prese sal d'Inghilterra con emetico, da cui ebbe un profluvio alvino che durò parecchi giorni. Ma con tuttociò non miglioravasi e infine ricorreva all'ospedale per avere più regolare cura.

I narrati sintomi cerebro-spinali ancora persistenti, gli occhi scintillanti, la faccia suffusa; il respiro affannoso, l'imperfetta inspirazione, l'oscurità di rumor respiratorio all'indietro ed in basso, l'ottusità toracica corrispondente, qualche rantolo sottocrepitante disseminato;

il forte impulso cardiaco, la frequenza del ritmo del cuore e dei polsi (da 72 a 80); la temperatura del corpo a 37 1|5; i sintomi di catarro gastro-intestinale con area epatica molto estesa: il catarro uterino coll'utero tumido e dolente; la scarsità e la forte pigmentazione orinosa, ci portarono alla formola diagnostica di *pletora con orgasmo e congestioni polisplancniche.* I catarri bronchiale, gastro-intestinale, uterino ne erano la conseguenza e traevano spiegazione dalla data non recente del fatto morboso.

La cura rigorosamente negativa, le fomentazioni fredde sul capo e qualche pediluvio senapizzato migliorarono di alquanto alcuni sintomi: un sanguisugio ai vasi emorroidali fece ragione della cefalea e di quel senso di generale pesantezza di corpo di cui molto si lagnava l'ammalata; a quest'effetto contribuì la comparsa della mestruazione: durò circa tre giorni, poi cessò e ricomparve ancora per poche ore al quarto giorno: in ciò ricomparve più intensa la cefalea col corredo degli altri fenomeni morbosi, e orgasmo febbrile. L'8 giugno si praticò un salasso dal piede e'l 9 si ricorse ad altro sanguisugio dai vasi emorroidali, adoperando ad un tempo l'acqua coobata di lauro ceraso nell'emulsione di mandorle dolci.

In questo giorno il polso era a 84, le respirazioni 30, la temperatura 37 1|5. I crampi erano scemati, il senso di pienezza cessato, la cefalea intensa, non gravativa, non pulsante, ma pungente con dolori acuti alle regioni sopra orbitali e fitte vaganti per il capo e contrattura dolorosa dei muscoli sterno-cleido-mastoidei e leggiera gastralgia e pirosi e faringismo. Di questi sintomi fecero ragione ripetute dosi della massa pillolare del Meglin: alla persistente stitichezza rimediarono il sal amaro, il tartaro solubile dati a riprese. Così in soli 19 giorni bellamente guariva un fatto morboso di lenta

origine, abbastanza imponente, che, sotto l'influenza di idee terapeutiche oramai per buona sorte antiquate, poteva benissimo essere trattato con ripetuti salassi e larghi e pronti, quali, per vero troppo spesso, vidi praticare in consimili casi fino al più sconfinato abuso!

Da che ho riferito un caso di pletora con congestioni polisplancniche, nel quale ho creduto bene fare un salasso rivulsivo, credo opportuno riportarne un altro nel quale contro il consueto ebbi a ripetere l'incisione della vena per ben due volte.

V. Una robusta, ben nodrita e giovane cameriera, grassa e tonda come accade di vedere negli individui di temperamento sanguigno squisito, entrava nell'Istituto il 2 marzo 1865 al num. 354.

Il diario clinico era affidato al dott. Bogliolo. La storia anamnestica per lui raccolta ci faceva conoscere come fosse stata assai precocemente mestruata fin dall'età di 12 anni, scarsamente, con qualche difficoltà e dolore, ma regolarmente. Alla scarsità di questo benefizio emorragico suppliva però abituale e frequente e abbondante epistassi, per la quale non ebbero tuttavia mai a scolorarsi le rubiconde sue guancie, nè scemava la pienezza del suo volto. All'età di 19 anni fu presa da grave encefalitide per cui le si fecero numerose cavate di sangue, ma non ricorda quante. A 22 anni sofferse ancora di grave cefalea, che scompariva però tosto mercè tre cavate di sangue dal piede. D' allora in poi sino all'epoca attuale cioè per lo spazio di 5 anni non sofferse altro che frequenti cefalee ed epistassi. Mancando questa emorragia due mesi prima di entrare all'Ospedale si fece con vantaggio applicare sanguisughe all'ano per liberarsi dal gravame di capo. Ciò per l'anamnesi remota.

Circa alla prossima risultava come da pochi giorni per eccessive fatiche e veglie notturne ripetute, fosse stata

soprapresa da febbre con raucedine e difficoltà di deglutizione: alla prima visita si riconobbero tumide le amigdale, la destra in ispecie, con arrossamento della mucosa; disfagia dolorosa, faccia suffusa, cefalea gravativa e pulsante, rumori negli orecchi, crampi, dolore gravativo ai lombi, cardiopalmo, polsi a 108, respirazione frequente ma non affannosa, lingua fecciosa, bocca amara, alvo sciolto in seguito ad alcune cucchiaiate di pozione stibiata; orine scarse, brucianti, molto pigmentate. La temperatura non era molto elevata (+ 37), gli integumenti comuni turgidi e rossi rivelavano lo stato di abituale iperemia. Era evidente la presenza di un' *angina* in persona *pletorica* per condizione generale di costituzione ed anche per la prossimità dell'epoca mensile.

Si prescrissero oltre il regime negativo rigoroso i bagnuoli freddi sul capo ed una pozione stibiata da cui si ebbero molte evacuazioni per vomito e per secesso.

Persistendo la frequenza di polso ebbi ricorso alle bevande cianogenate. Ridotto il polso a 97, la temperatura a 36 3|5 tentai coi pediluvii e coll'acqua di sedlitz di fare una rivulsione dal capo e favorire la mestruazione; allo stesso scopo feci da poi applicare ancora 10 mignatte ai vasi emorroidali. Con ciò diminuirono, ma non cessarono i sintomi di iperemia generale e cerebrale specialmente; nessuna emorragia comparve: si fece allora un salasso rivulsivo dal piede; il vantaggio fu quasi immediato, tanto più che nel giorno dopo comparve la mestruazione. Questo benefico flusso però durò poco oltre un giorno, ed era cessato appena, che ricomparvero ancora sintomi di orgasmo cardio-capitale con iperemia cerebrale. Visto il vantaggio del primo, a cinque giorni di distanza si ripeteva un secondo salasso dal piede, e con egual risultamento: alcune pillole aloetiche e l'uso continuato dell' acqua imperiale canalizzata compierono la cura in soli

16 giorni. L'ammalata lasciava l'Ospedale libera dalla cefalea, dal cardiopalmo, dall'angina, e con tale florido aspetto da non lasciare dubbio circa l'opportunità, la convenienza, l'utilità, la tolleranza delle flebotomie praticate ammodo e misura.

Ho detto sopra come in alcuni casi anche un solo salasso possa costituire abuso; se male non mi appongo tra questi vogliono essere annoverate le congestioni viscerali e specialmente capitali e addominali così frequenti nei bevitori, i quali, come i pratici sanno, sono dei salassi pochissimo tolleranti, e salassati cadono soventi in quella specie di delirio che è loro proprio. Le iperemie viscerali in cotestoro non sono sempre di facile e pronta risoluzione, ed è bene si sappia come pur tuttavia possano benissimo guarire senza salassi.

Eccone la prova di fatto.

VI. Una lavandaia sui quarant'anni, nubile, tarchiata, robusta, di temperamento misto sanguigno-bilioso-linfatico, confessa di abuso giornaliero di liquori spiritosi, da tre mesi mancante di mestruazione con flusso emorroidario vicario, entrava in clinica al num. 366 il 16 marzo 1865 (1). Narrava di poche malattie sofferte, ma tra esse fermava la nostra attenzione un mal di punta avuto a 14 anni e curato con 20 salassi, dico *venti*, ed

(1) Esaminando l'abito esterno di questa donna e facendo le necessarie esplorazioni per riconoscere lo stato delle regioni ano-genitali riscontrammo un curioso fatto. Tutto l'ostio vaginale compreso l'orifizio uretrale presentava una vastissima cicatrice lasciata da antiche ulcerazioni sifilitiche rodenti, che avevano distrutta tutta la membrana mucosa, alla cui vece trovavasi una membrana di nuova formazione, liscia, pallida che dava a quelle parti un singolarissimo aspetto, lasciando aperte le vie naturali. Ne prendeva annotazione il dottore Picca Francesco.

una risipola alla gamba destra a 29 anni trattata anche con 8 salassi.

Il malanno che ora la conduceva all' Ospedale erano *febbri quotidiane* con istadii di freddo, caldo e sudore, però senza ricorrenze periodiche a ore regolari; e insieme cefalea gravativa, vertiginosa, crampi alle estremità, dolori di ventre, tenesmo rettale, fenomeni che poco su poco giù duravano da tre mesi, ma dopo le febbri si erano di molto aggravati. Alla prima visita la si sarebbe giudicata di poca capacità intellettuale, tanto le sue idee erano disordinate e confuse: la cefalea, i crampi, gli oscuramenti di vista, il calore accresciuto alla testa, i capogiri, il scintillar degli occhi dimostravano palese *l'irritazione congestizia dei centri nervosi* ; il tumore dell'addome, l'addolentamento di esso, la presenza delle emorroidi, l'ottusità molto estesa alla region del fegato indicavano *fleboidesi addominale*: le funzioni del ventricolo non erano però gran cosa alterate, e l'alvo per tenesmo rettale un po' difficile ; nulla di notevole negli organi del respiro e nel centro della circolazione: polsi a 65 e la temperatura appena a 36.

La cura fu cominciata con regime dietetico rigoroso, riposo assoluto, bagnuoli freddi sul capo, pediluvii caldi, diluto di conserva di prugne nell'acqua imperiale.

Nella sera del 17 comparve ancora un accesso febbrile, ma meno lungo, meno intenso, quasi senza stadio freddo, senza sintomi cerebrali più gravi, e fu l'ultimo. Il 21 persistendo, quantunque in diminuzione, i sintomi di iperemia cerebrale e addominale si applicarono 12 mignatte ai vasi emorroidali e intanto blandi eccoprottici si continuarono. L'alvo pria restìo alfin si sciolse e tanto, da rendere necessario l'uso continuato del decotto di tamarindo.

Il profluvio intestinale fece ragione intiera dei fatti

iperemici. Modo frequente è questo di risoluzione dei medesimi: il clinico non ha che ad osservare le naturali operazioni che vi conducono per imitarnele, giusta l'antico precetto — *quo natura vergit eo ducendum.* Dopo 30 giorni di permanenza nell'Ospedale la malata usciva libera affatto e dalla località cerebrale e dai disturbi del circolo venoso addominale: li stessi tumori emorroidali eransi fatti bianchi, flosci, avvizziti, non più sanguinanti.

Le emorragie sono soventi espressione sintomatica di iperemie, e anzi non raramente crisi naturali delle medesime: con tuttociò credo sia errore il volere combattere le emorragie anche attive così dette, colle sottrazioni di sangue; le quali molte e molte volte si possono risparmiare, e con vantaggio immenso, come potrebbe mostrare il fatto seguente.

VII. Un lineatore in carta d'anni 30, di mediocre costituzione, di temperamento sanguigno, con predominio capitale, entrava al N. 150 della Clinica il 22 gennaio 1865 affetto da *pneumonorragia.* Quantunque da piccino avesse sofferto nel midollo spinale per cui assai tardi imparava a reggersi sulle gambe, godette tuttavia sempre discreta salute sino all'età di 20 anni, in cui per abbondante ed ostinata epistassi gli vennero praticati 8 salassi. Poco dopo sofferse di mal di punta, curato ancora con 8 salassi: e a 26 anni per isputi di sangue fu pure salassato altre 6 volte; il che certo non poteva rafforzare la sua costituzione, e poteva anzi portarlo a più grave malattia, tanto più che una sua sorella già era morta di tisia, e 'l suo petto allungato, stretto, appiattito, bene il predisponeva a simile malattia.

Quando fu ricevuto nell'Instituto da due giorni aveva sbocchi di sangue preceduti ed accompagnati da leggiera tosse: tale emorragia avendo ripreso per ben due volte nelle stesse ore vespertine avrebbe potuto lasciar credere

a periodicità. Di febbre però non v'era traccia. Alla prima visita si riconobbe faccia suffusa con vampe calorose al capo, crampi alle estremità e sogni spaventosi durante il sonno e fotopsia, per cui si diagnosticava *iperemia cefalica*. Ad un tempo la respirazione era un po' frequente, a 24, con oppressione di petto e sputi sanguigni, rossoscuri e nerastri ad ogni inspirazione un po' forte o forzata. La percussione e l'ascoltazione non detter altri segni fisici che un po' di ottusità e di rumor vescicolare deficiente alla base, specialmente a sinistra, dove persisteva una reminiscenza dolorosa della pleurite altra volta sofferta. I moti del cuore regolari, i toni normali, i polsi a 72, la temperatura a + 35 3|5, le orine abbondanti e limpide, le funzioni gastro-intestinali regolari, dimostravano che oltre l' iperemia cerebrale non eravi di notevole altro che l'iperemia polmonare (congestione emorragica).

Col riposo assoluto e col regime negativo, coll'uso di bevande cianogenate ghiacciate e ancora con 12 mignatte all'ano cessò completamente l'emorragia dal 25 al 30 gennaio. Ricomparve ancora leggiera in questo giorno, ma cessò con semplice limonea vegetale. Il 3 febbraio comparve un po' di epistassi previi sintomi di orgasmo cefalico, del quale fecero intieramente ragione e alcuni pediluvii e bevande nitrate. L'ammalato subì successivamente l'estrazione di alcuni tumoretti cistici dagli integumenti del capo : nulla più sofferse nel petto e 'l 18 febbraio lasciava l'ospedale guarito affatto.

Era incaricato di questa storia morbosa uno studente, bello, sano e robusto, che collo spirometro d'Hutchinson presentava tale capacità respiratoria da sorpassare tutti i suoi compagni di scuola: gravi dispiaceri e lunghi il resero emoptoico: contro il mio divieto e suo malgrado fu salassato ; *post sanguinis sputum puris sputum* : a capo di pochi mesi dava nel tisico!

Povero giovane! Fosse almeno l'ultima vittima di quella funesta pratica! Si trova assurda, e con ragione, la formola del *similia similibus curantur*! E dove mai essa trova maggiore sanzione che nel salasso diretto alla cura delle emorragie!! Poche eccezioni fatte, le emorragie si curano benissimo e si devono curare senza flebotomie, e voglio supporle gravi, ostinate, ribelli quanto piaccia di ammetterle! Due esempi ne riportai nell'altro mio rendiconto (pag. 102 e seguenti), che dimostrano qual caso si debba fare del salasso nella cura delle emorragie delle vie respiratorie. Un altro ne posso aggiungere occorsomi in quest'anno: fu caso leggiero, ma non perciò meno istruttivo.

VIII. Un giovane calzolaio d'anni 19, di tempra sanguigno-biliosa, piuttosto macilento, entrava nella clinica il 2 giugno 1865 al N° 153. Ne tesseva la storia il dott. Martelli. Quegli narrava non avere sofferto mai di notevoli malattie tranne una febbre iperemica cefalica a 16 anni, curata con 7 salassi: ora da parecchi giorni dicevasi preso da sputi sanguigni accompagnati e preceduti da sforzi di tosse che il tormentavano specialmente nelle ore mattutine; lo sputo non era abbondante e andava frammisto a mucosità; vistane però l'insistenza, quantunque molto invero non soffrisse, riparava allo spedale. Ivi presentava i sintomi seguenti, cefalèa leggiera, occhi scintillanti, rumore negli orecchi, faccia suffusa, senso di generale pienezza, 75 pulsazioni, temperatura a 38 2|5, respirazioni 25: gli sputi erano altri mucosi, altri sanguigno-mucosi: l'inspirazione regolare, rara la tosse e non intensa, all'ascoltazione rumor respiratorio soffiante, ruvido, bronchiale: pochi rantoli sottocrepitanti alla sommità di sinistra, e grosse bolle di rantolo anche alla divisione dei bronchi: in nessun punto una marcata ottusità.

Per rapporto agli organi digerenti poca appetenza, alvo leggermente sciolto. Colla dieta, col riposo, con bevande subacide e gommose, con qualche fomentazione fredda sul capo in pochi giorni l'ammalato si migliorò d'assai: gli sputi si fecero per qualche giorno muco-purulenti; l'ascoltazione in fine non rivelò più altro che leggier difetto di rumor vescicolare alla sommità di sinistra; i rantoli scomparvero dietro rivulsivi cutanei: presto si dovette soddisfare all'appetito dell'ammalato: e per timore che non s'ordisse qualche neoplasma nel polmone lo si mise al regime nutriente con buone carni, latte vaccino, olio di merluzzo, mezzi di cura che gli si disse essere a continuarsi anche dopo la sua licenza dall'ospedale. Vi rimase soli 15 giorni, e ne sortì in ottimo stato, presentando all'aspetto un miglioramento notevolissimo anche nel suo abito esterno, cosa che al certo non si sarebbe ottenuta se l'emorragia e 'l catarro che le tenne dietro fossero stati curati col metodo depletivo.

Se taluno volesse persuadersi fino a qual punto questo metodo sia stato abusato nella cura di molte malattie e anche di quelle che si sottraggono affatto all'influenza delle mediche costituzioni, il pregherei di leggere e meditare il seguente fatto:

IX. Un robusto, atletico facchino, d'anni 40, di tempra sanguigna pretta, amico di bacco e abusatore strenuo di liquori, entrava nell'Instituto clinico il 2 maggio 1865, al N° 139. Ne prendeva nota il dottore Cerruti. Nel primo esame clinico ci presentava all'abito esterno: 1° molte vene varicose alle gambe; 2° una profonda cicatrice alla coscia sinistra, conseguenza di un flemmone sotto aponeurotico, diffuso, sofferto fin dall'età di 9 anni, e passato a suppurazione malgrado 11 o 15 salassi inallora praticati; i quali per certo contribuirono a ren

dere più grave la malattia che in complesso al dire del malato durò 28 mesi per la lunghissima suppurazione: 3° un'altra cicatrice larga, profonda, aderente alla regione anterior-superiore della gamba destra, conseguenza di una ferita d'arma da fuoco riportata nel 1848 sotto Peschiera. Per quella stette 18 mesi nell'ospedale militare e in quel periodo di tempo gli furono praticati da 40 a 45 salassi: la piaga infistoliva, e per lunghi anni di tempo in tempo si apriva: prima che potesse riprendere l'uso libero della sua gamba e le primitive sue forze, correvano tre anni. Oltre quelle malattie narrava come a 15 anni soffrisse di mal di punta, con forte attacco al capo, per cui gli si praticavano da 16 a 17 salassi: ne guariva dopo un mese: e ricordava una pleuro-pneumonite sofferta a 32 anni, curata con 26 salassi (1): non riavevasi che a capo di 6 mesi, e d'allora in poi rimaneva emorroidario. Ma qui non finiva la sua storia, che senza figura rettorica ben può dirsi sanguinosa; il buon uomo non sapeva indicare precisamente, ma cennò moltissime altre malattie della durata di pochi giorni nelle quali venne sempre salassato le 4 e le 5 volte: ancora tre mesi prima di riparare all'ospedale gli si erano fatte sei cavate di sangue per febbre cefalalgica. In complesso per calcolo approssimativo egli credeva poterne contare qualche centinaio (disse 600 circa, temo però sia corso all'esagerazione).

La malattia che ora il portava all'ospedale venne dia-

(1) Facendo il calcolo questa malattia dovette aver luogo nel 1857: già lamentavasi da lungo tempo la crisi vinaria per la crittogama che infestò il nostro paese: già avevano avuto luogo le epidemie colerose gravissime del 1854 e 1855: è bene lo avvertano coloro che delle costituzioni mediche cangiate un po' leggiermente favellano!

gnosticata per una *febbre iperemico-reumatica con congestione cerebro-spinale e prosopalgia.* Durava da 8 giorni ed era caratterizzata da brividi di freddo alternati con calore, cefalalgia puntoria e gravativa, vampe calorose alla faccia, oscuramenti di vista, rumore negli orecchi, crampi con senso di intorpidimento delle membra e rottura generale, malassere indefinito, affanno di respiro, anoressia, orine scarse, brucianti, sedimentose. Alla prima visita si trovò faccia suffusa, occhi scintillanti, punti neuralgici specialmente alla regione sopra orbitale destra; respirazione un po' difficile con ottusità e difetto di rumor vescicolare alla base e margine posteriore dei due polmoni; 78 pulsazioni, temperatura 37 1|2. Coll'uso di bevande temperanti, col taglio de' capelli e le applicazioni fredde sul capo, colla rigorosa astinenza e riposo, nel giorno successivo, dietro un abbondante sudore il polso era a 60, la temperatura 36 3|4, la respirazione assai più libera. Persisteva la cefalea, durava ancora la lombaginc, eran sempre vivi i crampi: l'acqua di sedlitz due volte ripetuta, le bevande temperanti, i pediluvii caldi senapizzati colle contemporanee fomentazioni fredde sul capo, infine 15 mignatte ai vasi emorroidali ne fecero ragione. La rachialgia lombare cessò però soltanto dopo due coppe scarificate; per questa locale sottrazione cessarono anche alcune doglie neuralgiche vaghe che per molti giorni avevano tormentato l'ammalato. Fu più molesta la prosopalgia che richiese molti pediluvi, acqua imperiale canalizzata e alcune dosi di pillole del Meglin. Dopo 34 giorni di permanenza egli uscì dall'ospedale in ottimo stato di salute. A suo dire era la prima volta che lo si guariva senza incidergli la vena; confessò che da principio dubitava assai se ne potesse fare a meno, ora era però arcicontento che le sue forze, di cui tanto bisognava, gli fossero state risparmiate!

Dai fatti, che per amore di brevità ho narrati nel modo il più succinto e conciso che mi fosse possibile, affine di non attediare il lettore con molte particolarità poco interessanti e inutili ripetizioni; dalle nove osservazioni cliniche che ho sinteticamente esposte, traendole dai diarii clinici degli allievi per me guidati nelle loro giornaliere esplorazioni clinico-analitiche; dagli altri moltissimi casi di congestioni osservati in clinica e trattati tutti dietro li stessi concetti terapeutici generali e direttivi che ho sopra espressi: dalle molte centinaia di fatti simili osservati e nella mia sezione dell'ospedale, e nella mia clinica particolare; parmi dover conchiudere in favore del metodo che ho adottato nella cura delle congestioni: de' miei risultati non ho che a lodarmi. Ai colleghi che per avventura fossero dissenzienti, agli allievi che fossero ancora titubanti io dico – provate e riprovate, osservate e sperimentate: giudicate poi! Dio vi guardi solo dalle teoriche prevenzioni e vi liberi dalla funesta *routine!*

Cloroanemie.

Mentre la moderazione nel salassare trova appoggio nei moderni progressi della scienza patologica, ha in pratica l'immenso vantaggio di diminuire il numero dei cloroanemici. Oramai raro è che i convalescenti escano dalla Clinica pallidi, sparuti, languenti, proclivi ai deliquii, alle vertigini, al cardiopalmo, debolissimi. Se guariti dalla malattia per cui entrarono nell'ospedale, essi non ne portano fuori quell'impronta di *malus habitus*, di clorosi, di anemia, di leucoemia, di idroemia che a distanza, in altri tempi, nella strada li faceva riconoscere. È un fatto sul quale più volte ebbi a chiamare l'attenzione della mia scolaresca: non pochi ammalati la-

sciarono la Clinica con aspetto di tale floridezza che prima della loro entrata non avevano.

Ciò avvenne naturalmente con maggior evidenza in quelli che vi erano entrati cloroanemici o per emorragie naturali o per abusi di salassi o per malattie ledenti profondamente l'ematopoesi e specialmente gli organi che servono alla confezione ed allo sviluppo ed alla perfezione dei globuli sanguigni.

I casi di cloroanemia nella Clinica occorsi furono 10, 8 in donne, due in maschi. Mi credo però in debito di notare fin d'ora ch'io amo interpretare questo fatto morboso in senso alquanto più largo che non facciano alcuni nosologi troppo ontologisti. Questi distinguono la clorosi dalla anemia ; per conto mio amo ritenere il nome composto di cloroanemia distinguendola in primaria ed essenziale (clorosi vera degli autori); ed in secondaria, sintomatica (anemia, ipoglobulia, leucocitia anche detta), secondochè tien dietro ad emorragie , ossivero a gravi disturbi di ematosi , od a confezione eccessiva di globuli bianchi, che vengono a presentare per rapporto ai rossi una proporzione maggiore del normale; come avviene in alcune gravi e croniche affezioni ghiandolari ed anche nelle malattie della milza.

Un esempio di questa cloroanemia secondaria l'ebbi ad osservare in un giovane falegname e per effetto di *febbri periodiche recidive con grave ingorgo epato-splenico.* Nell'infanzia egli aveva sofferto di lunga e grave diarrea per cui si temette per la vita. Da poi, quantunque di mediocre costituzione, non sofferse gravi malattie tranne qualche leggiera sinoca curata sempre con una o due sottrazioni di sangue. Nell'agosto 1864, mentre militava al Campo di S. Maurizio, contrasse febbri terzane che furono curate coi chinoidei. In gennaio 1865 recidivava la febbre e solo a capo di 15 giorni mercè lo specifico

cessava, per riprodursi nuovamente sul finir di febbraio; epoca in cui oltre lo specifico chinoideo gli si praticava un salasso. Il quale nol metteva al riparo di una quarta recidiva avvenuta in aprile e curata ancora coi chinoidei nell'Ospedale Mauriziano. E 'l 12 giugno 1865 entrava nell'Instituto al num. 152 per la quinta volta soprappreso da febbre periodica, la quale mentre da principio prendeva sempre il tipo quotidiano e mostravasi con apparenze leggiere, dopo alquanti giorni aggravandosi vestiva il tipo terzano. Il giorno dell'entrata era appunto giorno dell'accesso — polsi 112 — temperatura + 39 1|5 — respirazioni 36; cardiopalmo con moti cardiaci vibrati frequenti, e suoni a timbro metallico; cefalea gravativa, crampi alle estremità. Si notò come l'accesso cominciasse alle 11 antimeridiane con uno stadio freddo di circa due ore seguìto da forte e prolungato calore e infine sudore. La palpazione e la percussione indicavano voluminosi molto fegato e milza; il che ci dava ragione e delle ripetute recidive, e della inutilità dei chinoidei, e dell'abito esterno, quale nella cachessia palustre si osserva, e anche dei disturbi gastrici (anoressia, dispepsia, flatulenze, ecc.).

Partendo da questo concetto diagnostico circa la patogenesi, dopo una cura rigorosamente negativa che ebbe, come spesso osservai, il risultato di sospendere gli accessi febbrili, feci ricorso al calomelano (0,20) coll'estratto di cicuta (1 gramma) p. 20 pillole; non che ad una pomata di ioduro di potassio iodurato per uso esterno. Quindi per correggere il *malus habitus* e lo stato generale cloro-anemico, prescrissi l'acqua minerale di *La Bauche:* e infine cartoline di magistero di china e ferro ridotto coll'idrogeno, insieme con un buon vitto ristorante. Con questo trattamento che durò 23 giorni, l'ammalato guarì perfettamente e delle località addominali e dello stato

cachettico generale. Durante questa cura il 20 e 'l 22 giugno ebbero ancora luogo due accessi febbrili, in uno dei quali la temperatura salì a + 40 c. Ne era stata causa occasionale una corsa in giardino. Il riposo bastò perchè non si riproducessero più. Così notò il dottor Negri nel suo diario clinico.

Un fatto consimile all'ora narrato fu quello di un sarto novarese, linfatico, sedicenne ed appena pubere, che, dopò di avere sofferto, e per ben 4 mesi, di febbri periodiche, côlte nell'agro novarese a 14 anni, il 21 ottobre 1864 venne colpito da febbre quotidiana vespertina, che invano trattata coi chinoidei per oltre un mese, finì per portarlo all' Instituto clinico. Era appunto nell'accesso febbrile, il cui stadio freddo durò dalle 10 del mattino alle 2 della sera, seguìto da uno stadio di calore sensibile ancora alle 4 pomeridiane: polso a 90, temperatura + 37 3|5. I movimenti del cuore erano accelerati e frequenti, con suoni a timbro metallico in basso e velati alla base da un soffio dolce e sistolico (soffio clorotico). La milza oltrepassava in basso il margine costale, in alto arrivava alla 6ª costa: l'ottusità epatica era anche più del normale estesa, e checchè l'alvo regolare fosse, la poca appetenza e la turgescenza del ventre indicavano palesemente uno stato di difficile circolazione portale.

La cura fu fatta col calomelano alla dose di 0,50 per 5 cartoline che furono ripetute 2 volte.

Per esso e pel regime rigoroso, senza chinoidei, come in casi simili molte volte vidi, si ridusse la milza e cessarono le febbri; all'insorta salivazione provvide il clorato di potassa usato internamente ad alta dose (8 grammi al giorno). La cura ricostituente e ferruginosa non potè farsi perchè l'ammalato contentissimo del miglioramento ottenuto volle lasciare l'Ospedale dopo soli 16 giorni di permanenza.

In non pochi casi simili ebbi ad osservare come tolta la causa cessi l'effetto ; appena risolto l'ingorgo epato-splenico, resa più facile la circolazione venosa addominale, tutte le funzioni chilo ed ematopoietiche si migliorano di conseguenza e lo stato cloroanemico cessa; il perchè la cura ricostituente, il ferro e la buona alimentazione rimediano sì alla clorosi ed alla anemia, ma subordinatamente allo stato di semplicità primitiva di questi stati morbosi ed alla cessazione delle cause che li produssero. Egli è perciò che soventi vediamo i viaggi, le geniali distrazioni, l'aria montana, le delizie campestri, l'allegria dell'animo, la soddisfazione del cuore; promovendo l'appetito, attivando la respirazione, migliorando il processo degli atti nutritivi, cominciando dalla digestione stomacale sino alla assimilazione organica; riescire assai più radicali rimedii che non quelli tratti solo dalla dietetica e dalla terapeutica, colle quali per vero, negli spedali e fuori, non sempre si arriva a vincere completamente la clorosi e lo stato cloroanemico.

Degli otto casi osservati tra le donne non ve n'ha alcuno che per rapporto a gravità di malattia o interesse scientifico meriti proprio speciale menzione e minuta esposizione ; in due sole zitelle l'osservai genuina e scevra di complicanze: nelle altre era associata a iperemie, neuralgie, contratture, catarro intestinale, leucorrea , metrite. In tutte vidi disturbi funzionali dell'utero come amenorrea, dismenorrea, irregolarità di scoli mensili, mestruazione dolorosa. Fatto questo tanto più notevole per chi riflette alla grande simpatia che lega l'utero e il ventricolo, e conosce i frequenti dissesti gastrici, la gastralgia, le vomiturizioni, l'anoressia, la dispepsia che si associano alle organopatie uterine. Egli è per lo più al ventricolo che si mostrarono nei casi nostri i primi fenomeni morbosi, che aggravati poi e persistenti, per via

di una progressiva denutrizione, portarono alle ultime conseguenze della cachessia cloroanemica.

Di questa notai come manifestazione più eloquente il color pallido cereo della pelle, lo scoloramento delle mucose, la debolezza costituzionale, la macilenza or più or meno manifesta (in una giovinetta di 18 anni vi fu quasi marasmo); il cardiopalmo col suon metallico di toni cardiaci e 'l soffio dolce sistolico alla base del cuore: neuralgie molteplici e specialmente per ordine di frequenza epigastralgia, neuralgie intercostali, prosopalgia, neuralgie lombo-addominali. In un caso vidi l'epistassi; parecchie volte osservai movimenti febbrili facilissimi e intercorrenti per minime cause, talora anche ripetuti accessi come di febbre periodica. Caratteri particolari e quindi distintivi di questi accessi febbrili parvero: 1° la breve loro durata; 2° la poca intensità dello stadio freddo e di quello del sudore; 3° la poca elevatezza e ancora la grande mutabilità del grado del calore: in un solo caso arrivò a + 38° 2|5 c., negli altri stette a + 37° e al disotto ancora, e se temporariamente crebbe, rapidamente sempre scemò; 4° la straordinaria frequenza del polso, che arrivò a 112, 120, 132 con 28 — 30 — 32 respirazioni; 5° le orine, a ritroso di ciò che succede nelle febbri ordinarie, sempre pochissimo pigmentate e di densità anche minore del normale, al disotto di 1014.

La cura in tutti questi casi fu sempre e prima di tutto sintomatica: contro la gastralgia, la pirosi, le nausee, i vomiti trovai utili gli amari tutti; il magistero di bismuto, la magnesia, gli oppiati: contro le sofferenze uterine, i semicupi or freddi, or tiepidi e torpenti; a volte qualche emmenagogo e specialmente ferro, aloe, estratto di sabina, estratto di tanaceto volgare, o piccoli sanguisugi locali; oltre questi tutti gli altri rivulsivi e i derivativi ora alla pelle, ora anche sulla mucosa gastro-

enterica, trovai sempre utili nei casi di iperemia or qua or là localizzata, quale non vidi mai difficile a vincersi; le neuralgie ho combattute specialmente coi sedativi, coi torpenti adoperati per bocca, per clisteri, per uso esterno, per iniezioni ipodermiche, coi vescicanti locali: tutti questi rimedi riuscirono però solo palliativamente. Contro le prosopalgie, particolarmente il giusquiamo e 'l sotto carbonato di ferro, e se periodiche le preparazioni chinoidee, mi riuscirono proficue nè più nè meno che nei casi indipendenti da cloroanemia: una preparazione usai con vantaggio nella periodicità tanto delle neuralgie come delle febbri delle clorotiche, ed è l'idroferrocianato di chinino (alla dose di 1 gramma al giorno), il quale all'uopo, per economia, può essere sostituito dalla mescolanza del prussiato di ferro col persolfato di chinino.

Contemporaneamente alle ora dette indicazioni sintomatiche, delle quali alcune già erano dirette alla condizione discrasica del sangue, non ho mai dimenticato il ferro, preferendo il tartrato di ferro e potassa e usando a volte anche quello ridotto coll'idrogeno o solo o mescolato col magistero di china, miscela che riesce utilissima nell'anoressia, dispepsia e catarro stomacale proprio della cloro-anemia. A queste indicazioni medesime soddisfeci coll'uso dell'acqua minerale di Courmayeur, di Ceresole, ed anche di La Bauche. La somma divisione in che si trova il ferro in queste acque minerali naturali spiega la facilità con cui è assorbito, e l'effetto utile che quindi se ne trae in riparazione della quantità di ferro deficiente nel sangue delle persone cloroanemiche, la quale per essere minima non è perciò meno importante condizione chimico-patologica della malattia in discorso. Ripeto però quello che ho detto già: difficilmente negli spedali ed anche nella clientela particolare della città si arriva a vincere la clo-

rosi e l'anemia come si vede in mezzo all'aria libera dei campi, sulle alture, agli stabilimenti balneari, cui sono riservati soventi i grandi miracoli dell'arte, e *pour cause* !

In nessuno dei miei malati ebbi a vedere forme cliniche veramente dichiarate e gravi di *leucocitemia* vuoi splenica vuoi linfatica, sicchè veramente non avrei a farne parola; potei però convincermi che nei narrati casi di cloroanemia secondaria ad ingorgo epato-splenico, un leggier grado di leucocitia vi fu.

Ciò ben mostra il seguente fatto, in cui ripetute osservazioni microscopiche mi lasciarono scorgere notevole quantità di globuli bianchi del sangue, in proporzione cioè sicuramente superiore alla media proporzionale di 1 per 350 globuli rossi, o, secondo i calcoli del Moleschott, di 1 per 356.

Un falegname d'anni 37, di tempra linfatico-biliosa, di costituzione robusta, entrava in clinica il 2 marzo 1865 al num. 152; ne prendeva notizia il dott. Richetta. Nel memoriale clinico come circostanze di storia anamnestica remota erano notate frequenti epistassi fino all'età di anni 20: una febbre reumatica con parotite a 24 anni curata con due salassi: quindi febbri intermittenti terzane che si manifestarono a 29 ed a 36 anni, curate dapprima coi chinoidei poi cogli arsenicali. L'anamnesi prossima mostrava febbri quartane recidive per ben cinque volte nel breve spazio di tre mesi malgrado l'uso dei chinoidei; e da qualche giorno catarro delle vie respiratorie e intestinali.

Alla prima visita si riconobbe l'esistenza della febbre per una temperatura di gradi 39 2|5 e 95 pulsazioni: gli accessi febbrili erano quotidiani e coi tre stadi ben distinti di freddo, caldo e sudore, ma ricorrenti ad ore diverse, ora prima ora dopo il meriggio: il catarro bronchiale era rivelato dalla tosse con espettorazione siero-

mucosa, respirazione molto rumorosa e rantoli umidi a piccole bolle; anche le prime vie respiratorie erano prese da catarro (coriza): e con essa un forte dolore e pungente alla regione sopraorbitale destra e oftalmalgia massime negli accessi febbrili: l'alvo era sciolto.

La cura venne fatta dapprima coll'estratto d'aconito in un lambitivo oleoso, che fu per parecchi giorni ripetuto: con esso, con un rigoroso regime dietetico, col riposo si ottenne abbondante sudore, cessò la diarrea, scemò la tosse e la coriza: persistettero più moleste e la febbre intermittente, i cui accessi con due dosi di arseniato di potassa, 20 centigrammi in totale, andarono però grado grado diminuendo di intensità, sino a cessare completamente il giorno 11 marzo: e la prosopalgia sopra-orbitale, cui si aggiunsero neuralgie dentali e auricolari del lato sinistro e per ultimo anche una neuralgia ischiatica destra. Contro queste algie furono adoperate ripetute dosi di massa pillolare del Meglin e anche il valerianato di chinino, ma con poco successo, ossia sollievo temporaneo soltanto.

La ragione di questa resistenza parvemi essere la generale debolezza con denutrizione e stato cloroanemico. Mentre il colorito del malato era pallido cereo, e i frequenti capogiri, massime stando alzato, indicavano anemia e le sue forze erano abbastanza prostrate, l'esame microscopico e ripetuto del suo sangue, fatto il 17 e 18 marzo dimostrò buon numero di globetti bianchi: mentre nei casi ordinari esaminando il sangue nel campo del microscopio in mezzo a moltissimi globuli rossi raro è di trovare un solo globetto bianco, nel caso nostro più volte ritentando la prova sempre se ne trovarono parecchi: il perchè ammisi la leucocitosi vuoi come effetto o come causa dello stato chachetico in che cadde il mio malato.

La cura ricostituente era perciò indicata e m'appigliai

al regime tonico e ristorante, alle carni, al vino, adoperando ancora prima d'ogni pasto cartoline di magistero di china e ferro ridotto coll'idrogeno, nella proporzione di grammi 0,50 per ciascuno. In venti giorni il miglioramento fu pronunciatissimo: si ristorarono le forze, si tinsero di roseo colore le guancie, cessarono i capogiri, scomparvero le neuralgie, e anche il sangue esaminato al microscopio presentò assai minor numero di leucociti.

L'ammalato lasciò l' Ospedale dopo 34 giorni dalla sua entrata ed in ottimo stato. Il miglioramento ottenuto, e così pronto, io mi spiegai per la mancanza di alcuna omopatia splenica o linfatica ; la milza esaminata e prima e poi presentò sempre un'area di ottusità molto circoscritta, e in nessuna parte si trovarono gangli linfatici tumidi, nemmeno nel mesenterio : sono queste idiopatie che rendono grave e progressiva e soventi fatale la leucocitemia, la quale in leggier grado deve esistere ogni qualvolta se non vi ha produzione maggiore di leucociti, v'ha almeno minor confezione, vera diminuzione di globuli rossi, siccome appunto avviene nella cacoemie consecutive a febbri recidive, a profluvii, a cure debilitanti e va dicendo.

Linfangioadenite.

Di malattie del sistema linfatico non ne ebbi che due esempi e ancora di forme acute, le quali non sono tra quelle che più facilmente dànno la leucocitosi.

Interessante è uno di questi casi : esso si riferisce ad un giovane e robusto calzolaio, di temperamento misto linfatico-sanguigno-bilioso ; il quale riparava alla Clinica il 24 giugno 1865. Di malattie pregresse egli ricordava: 1° una ferita contusa all'occipite sofferta in tenera

età : una notevole depressione, larga come uno scudo, alla regione occipitale, mostrava tuttora come per quella ferita, da caduta, fosse stata infossata la tavola esterna dell'osso ; 2° Febbri periodiche côlte nell'agro vercellese durante il taglio de' risi, guarite però a capo di 15 giorni, senz'altra cura che l'aria salubre del suo paese natio (Borgosesia) ; 3° Ripetuti attacchi di reumatismo articolare lento per abitazione umida, e cessati col cessare della causa ; 4° Altre poche febbri periodiche terzane prodotte anche dall'umidità e curate in Milano con due salassi.

L'anamnesi prossima rimontava a 40 giorni : era una contusione riportata sullo stinco della gamba sinistra, che, trascurata, andò all'ulcerazione ; irritata l'ulcera si fece rossa, tumida, sanguinante ; poco stante si fecero tumidi e dolenti i ganglii linfatici dell' inguine sinistro, e tutto l'arto venne a presentare delle larghe striscie rosse in direzione longitudinale, con senso di calore, difficoltà e dolore nei movimenti, malessere generale, cefalea, febbre; la quale spiegossi nel giorno prima dell'entrata, e continuò dappoi con una temperatura che andò crescendo da 38 a 39 e sino a 40° 1|5 per decrescere poscia dopo 12 giorni sino a 37°. Contemporaneamente a quei gradi di temperatura il polso batteva da 80 a 100 volte per minuto: alla prima visita l'arto malato si presentò tumido uniformemente e duro al tatto : le chiazze rosse della pelle non scomparivano intieramente alla pressione, erano superficiali, dolentissime , e senza quella elevatezza che è propria della dermatite risipolatosa ; ciò nulla ostante dopo 18 giorni si osservò una desquamazione notevolissima : l'epidermide si distaccò per larghe lamelle nella gamba e nella coscia.

La cura venne fatta con diluti eccoprottici, acqua imperiale nitrata, fomentazioni e cataplasmi emollienti,

qualche dose di chinino, dieta rigorosa. Gli esiti furono: 1. piccoli ascessi sotto-cutanei che guarirono per assorbimento ; 2. edema a tutto l'arto inferiore sinistro che fu molto lento nel risolversi, aggravandosi, quando lo ammalato era già convalescente, per il solo fatto dello stare un po' in piedi ; 3. leggier raccolta sierosa nella cavità peritoneale, la quale lasciò comprendere come al fatto morboso avessero preso parte i vasi linfatici e le corrispondenti ghiandole linfatiche addominali profonde, senzachè altro fenomeno patologico prima del trasudamento peritoneale ce ne avesse fatto avvertiti ; 4. un po' d'induramento de' ganglii inguinali sinistri.

Contro questi residui patologici fu adoperato con vantaggio il ioduro di potassio, ma la guarigione fu lenta assai, e solo dopo una permanenza di quarantanove giorni il malato potè lasciare la clinica in istato di progressivo miglioramento. Ne prese annotazione il dottor Prades, allievo dell'Instituto.

Di minore entità fu l'altro caso di linfangioadenite ; e appena sarebbe meritevole d'essere accennato se alla linfangioadenite inguinale destra, dipendente essa pure da una soluzione di continuità al calcagno, infiammatosi per incuria e suppurante, non si fosse associata una febbre periodica quotidiana co' suoi tre stadi ben distinti, la quale naturalmente fu considerata come una complicanza e non come una dipendenza della malattia flogistica.

Malattie delle vene.

Un solo esempio di malattia localizzata sul sistema venoso trovasi registrato in questo anno clinico ; gli è abbastanza interessante però perchè meriti di essere cen-

nato, tuttochè piuttosto successione morbosa che malattia primitiva: fu una *trombosi* successiva ad acuta malattia di petto con alcoolismo.

Un muratore d'anni 53, di buona costituzione, cogli esterni caratteri delle tempre sanguigno-biliose, macilento, dato ad un vitto grossolano, amico degli spiritosi, ma a suo dire, solo di rado briaco, entrava in clinica il 10 maggio sotto il dominio di una costituzione atmosferica calda ed umida. Non ci parlò di gravi malattie sofferte, eccettuati alcuni traumatismi, una frattura di coscia, una lussazione di spalla, una contusione all'orecchio, malattie del mestiere. Militando però nel 1848 ebbe anche un'onorata ferita sul campo di battaglia alla parte interna della gamba sinistra e sofferse di ottalmia bellica, da cui guarì perfettamente.

La malattia che ora il portava all'Ospedale era stata prodotta da influenze atmosferiche (vento e pioggia) e da una forte indigestione d'insalata improvvidamente ingoiata mentre già soffriva di malessere e brividi e vaghi dolori da 15 o 20 giorni. Quindi ne sorse forte peso gravativo allo stomaco, dolore puntorio al costato destro, affanno, tosse, febbre gagliarda con cefalea, rumori nelle orecchie, formicolii e contratture, insonnia e sogni spaventosi nei brevissimi sonni. Prese alcuni purganti, applicò un cerotto suggeritogli dall'empirismo sul luogo dolente, infine trovandosi sempre più aggravato ricorse all'Ospedale dopo alquanti giorni di sofferenze progressivamente crescenti.

Alla prima visita si trovò la febbre spiegata, i polsi a 120, la temperatura 38° 4/5, le respirazioni 30. Sul terzo spazio intercostale destro, luogo dolente, ottusità molto pronunciata che si estendeva in basso ed all'indietro, difetto di rumor respiratorio vescicolare, fregamento pleurale: in tutte le rimanenti regioni del torace sonoreità,

rantoli russanti e sibilanti e sottocrepitanti : in basso però e posteriormente, dal destro lato, torace meno sonoro e qualche rantolo crepitante nelle più perfette inspirazioni , sputi siero-mucosi. Leggiera gibbosità ai precordii con forte ed esteso impulso cardiaco, toni poco chiari massime a sinistra, ottusità un po' oltre i limiti normali. Negli altri visceri nulla di notevole tranne le concomitanze sintomatiche dello stato febbrile, cefalea, crampi, sete, orine scarse, rosse, brucianti. La formola diagnostica fu — *Bronchio-polmonite catarrale con pleurite destra.* — *Leggiera ipertrofia di cuore.*

Prescrissi astinenza rigorosa, più dieci centigr. di tart. stib. in 100 grammi di mucilag. arab., coll'aggiunta di acqua coob. di lauro ceraso e trenta grammi di sciroppo comune, dose che ripètevasi nel giorno successivo ; l'11 maggio con 32 respirazioni e 118 pulsazioni si constatò la temperatura di 37° 4|5; la diminuzione cioè di un grado in seguito a moltissime evacuazioni alvine, senza il menomo urto di vomito. Nel mattino del 12 la temperatura era 38°, i polsi 112, il respiro a 24, il dolore poco sentito, gli sputi rugginosi e dichiaratamente pneumonici : immutati i segni statici, solo alquanto più distinti e superficiali i rantoli crepitanti alla base del torace destro. Ad un tempo aggravamento dei sintomi cerebrali, allucinazioni, agitazione, delirio nelle ore notturne, sguardo stupido, percezione stentata, risposte incoerenti, occhi lucenti: conoscendo le abitudini del malato si giudicarono fenomeni di *alcoolismo.* Prescrizioni : ghiaccio in permanenza sul capo — calomelano 0,20, oppio 0,05, zuccaro grammi 5 : divisi in 5 cartoline ; vino, mistura laudanizzata. Nessuna evacuazione alvina.

Nella sera del 13 temperatura 38° 4|5, polsi 112, respirazioni 32, tendenza al sopore: nella notte sonni tranquilli, calma morale : una sola evacuazione alvina.

Nel mattino (14) polsi espansi, aperti, frequentissimi (130), respirazione accelerata (40), più facile l'inspirazione; temperatura + 39: trovando il ventre un po' teso si prescrisse un purgante: tisana lassat. 60, manna e solfato di magnesia ana grammi 10. Molte furono le evacuazioni sierose ottenute e con vantaggio: nella sera il termometro segnava 38; polsi 120, le respirazioni 25. Si prescrisse un gramma di laudano.

La notte corse tranquilla, con assopimento e decubito abbandonato: nel mattino (15) temperatura 38° 3|5, polsi 120, respirazioni 28. Si continuò il ghiaccio sul capo e si ripeterono le cartoline d'oppio e calomelano: nella sera comparvero tremori ai muscoli buccinatori, carpologia con sussulti ai tendini delle estremità superiori; stesso grado di temperatura (38° 3|5), maggior frequenza di respiro (35), restò permanente la stessa frequenza di polsi (120). Alle altre prescrizioni, che furono continuate, si aggiunse un sanguisugio ai vasi retromastoidei, da cui si ottenne abbondante e prolungata emorragia, vale a dire dalle 4 di sera alla mezzanotte.

I sonni furono riposati e tranquilli senza delirio, senza sopore: nel mattino (16) la temperatura era discesa a 37° 4|5, le pulsazioni a 98, continuavano 40 respirazioni. Prescrizioni calomel. 0,50, oppio 0,05, zucc. 5 divisi in 5 cartoline, le quali furono ripetute ancora il 17, e 'l 18 e il 21. Il miglioramento fu progressivo: la mercè di alcune evacuazioni alvine il capo si rese più libero al senso stesso del malato, le allucinazioni si ridussero ad essere fugacissime e soltanto durante lo stato intermedio tra il sonno e la veglia; cessarono li spasmi clonici; diminuì progressivamente l'ansietà e la tosse, si fece più facile l'espettorazione e di indole semplicemente mucosa; le respirazioni si ridussero a 30, i polsi a 95, la temperatura a 36° 3|5: cessarono completamente

i segni fisici e razionali della pleurite e della polmonite, persistendo solo quelli della bronchite: a questo punto si potè cessare dalla dieta rigorosa: si concessero minestre. — Bevande demulcenti. — Furonvi da poi alternative per cui la temperatura oscillò fra 36° 4[5 e 37° 2[5: le pulsazioni da 88, 85 discesero sino a 70: il respiro fu anche trovato a 25: colla continuazione delle cartoline d'oppio e calomelano si volle assicurare la completa risoluzione del fatto morboso cerebrale e pettorale. Se non che una leggiera stomatite ci fece desistere dal rimedio medesimo. Contro questa idrargirosi buccale si ricorse al clorato di potassa che si ripetè due volte alla dose di otto gramme: tanto bastò per farne ragione. Contro il persistente catarro bronchiale si applicò una pece di borgogna cantaridata tra le scapole. Le cose s'avviavano per bene quando sopravvenne il fatto morboso per cui questa storia trovò qui il suo posto.

Correva il 26 maggio e nuova febbre insorse senza cognita cagione nuova: la temperatura salse ancora a 38, i polsi a 105, le respirazioni a 32: e intanto l'ammalato a lagnarsi di dolore in tutto l'arto inferiore sinistro dal piede alla coscia e sino alla natica corrispondente, che furono trovati tumidi, resistenti al tatto, massime lungo il corso della vena safena, della crurale, della poplitea. Manifestamente, non toccandosi alcun cordone duro in corrispondenza di queste vene, e l'edema essendo esteso alla natica, doveva essere inceppato il circolo nelle diramazioni venose convergenti nella vena illiaca primitiva sinistra e ciò per uno di que' fatti morbosi altra volta confusi colla *flebite coagulante*, ora conosciuti più specialmente col titolo di *trombosi:* nome ch'io credo doversi preferire come quello che accenna ad un fatto positivo anatomo-patologico senza pregiudicarne la ragione causale, che pur troppo finora ci è ancora assai poco conosciuta.

La cura di questa successione morbosa venne fatta con cataplasmi emollienti sulle parti dolenti, rese immobili coll'applicazione di un semicanale: internamente si amministrò il nitro (grammi 5 per 10 cartoline): e per rendere più libero il circolo venoso si applicarono 12 mignatte ai vasi emorroidali. Il miglioramento fu pronto: il 30 maggio l'ammalato cominciò ad appetire cibi più sostanziosi che non fossero le semplici minestre e gli si concesse la prima dieta alimenti (1|2 quarto): intanto che si procedette ad un'alimentazione gradatamente progressiva e ristorante, si continuarono i cataplasmi mollitivi e 'l nitro, del quale in 11 giorni furono consumati grammi 70. Le orine colarono abbondanti, l'alvo fu un po'sciolto e con ciò l'edema andò diminuendo; ultimo a scomparire fu il dolore lungo il tronco della vena crurale: fu notevole che mentre era già cessato l'edema alla coscia ed alla gamba perdurò più a lungo quello della regione illiaca esterna.

Da poi il miglioramento non fu più interrotto che da poche doglie muscolari alla spalla e braccio destro di brevissima durata. Dopo il 26 maggio nessun fenomeno morboso attrasse più la nostra attenzione nè dal lato dei centri nervosi, nè dal lato degli organi del respiro: la temperatura discese sino a 36° 4|5, i polsi a 75, le respirazioni a 25: il 14 giugno l'esame fisico del petto mostrava pressochè da per tutto normale il rumore respiratorio vescicolare, eccettuata la regione posterior-inferiore del polmone destro, dove perdurava leggiera ottusità circoscritta, con qualche superficialissimo rantolo mucoso. Malgrado la gravezza della malattia e la sua complicazione e la successione morbosa, dopo 36 giorni di permanenza l'ammalato poteva lasciare l'Ospedale in piena convalescenza, senz'altro indizio di malattia sofferta tranne il notevole dimagramento, del quale facilmente

si sarà rifatto, vista l'attività delle sue funzioni digerenti e l'ottimo appetito che portò via con sè!

Quest'osservazione clinica di cui tenne esatto conto il compianto studente Bosco, insegna a chi nol sapesse; 1. Che una bronchio-pleuro-polmonite può benissimo guarirsi e presto e bene e senza salassi coll'opera di pochi rimedii catartici diretti a operare un movimento flussionario derivativo dal polmone; 2. Che i gravi sintomi cerebrali complicanti una malattia acuta di petto non rendono per nulla indispensabile la flebotomia, la quale può essere sostituita da altri compensi terapeutici e particolarmente da sanguisugi derivativi, sempre quando i sintomi medesimi sieno attinenti ad irritazione congestizia cerebrale; 3. Che se vi ha influenza alcoolica può tornare opportuno l'uso contemporaneo dell'oppio, il quale unito al calomelano riesce utilissimo nelle encefalopatie alcooliche, nel così detto *delirium tremens*, per quantunque questo corra associato a malattie flogistiche e febbrili; 4. Che la *trombosi* venosa con edema anche esteso e sintomi generali febbrili può risolversi perfettamente e in breve tempo coll'uso del nitro ad alta dose: questo fatto servirebbe benissimo a contestare, insieme ad altri argomenti, la natura flogistica della causa produttrice del trombo: se il medesimo fosse stato in rapporto con essudato flebitico come si sarebbe potuto sciogliere tanto presto come avvenne nel caso narrato? 5. Un ultimo insegnamento si trae ancora dalla comparsa del trombo in malato affetto da idrargirosi buccale, per ripetute dosi di calomelano preso; ciò lascia luogo a conchiudere, che questo rimedio sia nella trombosi per avventura meno efficace che non il nitro, al quale per esperienza acquistata in casi simili do sempre la preferenza.

Malattie delle arterie.

Se le malattie acute delle arterie siccome notai nell'altro mio rendiconto, pag. 65, sono rare assai, frequenti le sono per contro quelle a lento e cronico decorso; l'ateromasia e l'arteriasi ne dànno la prova. Raro è però che queste si individualizzino a segno da meritare d'essere prese in prima considerazione nella formola diagnostica, soventi anzi non figurano ne' quadri nosologici che quali risultanze anatomo-patologiche, sfuggendo affatto all'esplorazione clinica. Egli è perciò che credo interessante la seguente osservazione che mi presentò un bellissimo caso della così detta *diatesi aneurismatica.*

Un maestro di scuola sui 49 anni, robusto, tarchiato, atletico, polipionico, colle esterne impronte del temperamento bilioso-sanguigno e abito capitale pronunciato, negli ultimi mesi dell'anno scolastico entrò e rientrò due volte nell'Instituto clinico, cui fu condotto da una neuralgia bracciale sinistra che non gli lasciava quiete, specialmente di notte: negli intervalli in che stette fuori dell'ospedale ogni giorno vi ritornava per essere dagli assistenti della Clinica iniettato d'un po' di idroclorato di morfina col metodo ipodermico, mercè cui le sue sofferenze cessavano per parecchie ore, gli permettevano il sonno e gli rendevano più tollerabile l'esistenza che più volte sarebbe stato tentato di togliersi, se non l'avesse sorretto ragione. Quella neuralgia che fu superiore ad ogni cura, era dipendente da un tumore aneurismatico, dall'arte inamovibile. Ecco il fatto quale fu raccolto dal dottore Picca Francesco. — Narravagli il buon uomo di avere nelle prime età sofferto il vaiuolo; e ne portava in viso alcune visibili cicatrici: dalli 15 alli 25 anni aveva sofferte ancora frequenti febbri di origine reumatica per cui

fu ripetutamente salassato; e a 25 anni cominciò a soffrire di cardiopalmo, il quale anche si volle curare a riprese con numerosi salassi; tanti furono, che non ne seppe dare il numero, ma ben rammenta come anzi che vantaggio ne provasse danno: tant'è, che il tumulto del suo cuore parve soltanto calmarsi dopochè imparò a farne senza.

D'allora in poi soffrì bensì sempre di palpitazione di cuore, ma il suo fisico si migliorò, diventò grasso e per molti anni, assegnato com'era in tutto, godette sufficiente salute da potere attendere, non senza qualche incomodo però, alla sua professione: la vociferazione e le fatiche e i patemi d'animo il rendevano bensì molto affannato, tuttavia potè tirare avanti sino al 1864. Nell'estate di quest'anno, appunto dopo fatiche del mestiere, chè ad altre cause non s'espose mai, nè a disordini nè ad eccessi, fu preso da un accesso di soffocazione per cui smarrì i sensi, e cadde, giusta la sua espressione, in grave sincope. In quell'epoca fu salassato 5 volte. Si riebbe; ma d'allora in poi la sua salute fu sempre precaria e dovette rinunziare alla scuola.

Aveva avuto sempre il collo molto grosso, ma non era stato gozzuto mai, e d'allora in poi la tiroide, in ispecie nel lobo sinistro, prese a svilupparsi e presto acquistò tali proporzioni da inquietarlo non poco e da rendergli anche difficile il respiro: gli furono fatte ancora per ciò alcune cavate di sangue, ma senza pro. Presso a poco nell'epoca medesima si accorse per la prima volta di un tumore alla fossetta navicolare dello sterno, che non gli dette però mai incommodo di sorta. Nel febbraio 1865 cominciò pure ad intumidirsi sensibilmente la regione temporale destra, nella quale provava sì un senso continuo di pulsazione abnorme, ma senz'altro notevole disturbo, il perchè non ne fece caso. Ben maggiore fu l'attenzione che chiamò a sè un dolore acuto e forte che partendo dal cavo ascellare sinistro si prolungava lungo

il braccio con senso di strettura molestissima all'articolazione omero-radio-cubitale ed a quelle del carpo, e formicolio anche alle dita. Questo dolore non era continuo ma intermittente, diminuendo nel giorno ed anche nei movimenti del braccio, esso esacerbavasi assai di notte tempo, togliendogli affatto il sonno. Fu questo dolore che il fece decidere per l'ospedale, come già dissi: la prima sua entrata fu al 22 aprile.

Alla prima visita si riconobbero i seguenti fatti morbosi:

Al capo: cefalea gravativa e vertiginosa senza aumento di temperatura, globi oculari molto sporgenti, congiuntive iniettate, buona la vista, pochi rombi nelle orecchie, facoltà intellettuali perfette: alla regione temporale destra voluminoso tumore pulsante, occupante l'intiera fossa temporale, senza lesione dei comuni integumenti, indolente, compressibile, manifestamente prodotto da ectasia della temporale, le di cui diramazioni presentano il volume e le tortuosità dell'arteria vertebrale. Questo tumore a base larga, intieramente aderente alle pareti ossee sottostanti, colla compressione scomparisce pressochè intieramente lasciando sentire la resistenza e la durezza delle pareti arteriose, le quali, appena tolta la pressione, per l'arrivo di una forte ondata di sangue, dànno tosto una forte e violenta pulsazione: esso rappresenta come un tumore erettile a base di arteriectasia, un vero aneurisma reticolare o per anastomosi che dir si voglia.

Al collo: voluminosa la tiroide specialmente al lobo sinistro: l'organo intiero è poco mobile ma propriamente non è aderente: varicose le vene tiroidee e le giugolari: fortemente pulsanti ed anche dilatate le arterie carotidi ed in particolare le loro diramazioni tiroidee: timbro di voce poco armonico, sgradevole, grasso, forzato: deglutizione facile: laringe leggermente spostate

a destra per ispostamento dell'osso ioide ; nella parte anterior-inferiore del collo , alla fossa navicolare dello sterno, tra le inserzioni de' due muscoli sterno-cleido-mastoidei si presenta un tumore pulsante, grosso come un uovo di piccione , di forma semisferica.

Torace : per questo tumore è sporgente in avanti , ed è notevolmente assottigliato il manubrio dello sterno, senza aver causato mai dolore : la pelle ha il suo colorito naturale : non è possibile determinare esattamente alla regione sterno-costale superiore l'estensione del tumore ; misurato esso presentò approssimativamente 7 centimetri e 1|2 nel diametro verticale e 13 cent. e 1|2 nel trasversale: la pulsazione in questa regione non è come alla fossa navicolare visibile all'occhio; ed anche alla palpazione è oscura : solo rendesi più manifesta rovesciando il dito sulla fossa navicolare dello sterno e penetrando in quel sito dove naturalmente vi ha un'infossatura, che nel caso nostro è colmata dal tumore : l'ascoltazione mediata ed immediata dà la sensazione di un forte rumore di soffio rasposo, sincrono colla diastole arteriosa ; alla percussione tutta la regione occupata dal tumore si presenta ottusa, e questo suono ottuso si estende in basso sino a confondersi coll'area cardiaca, la quale per se stessa però nelle altre direzioni è poco più estesa del normale : la regione precordiale presenta leggiera gibbosità; l' impulso del cuore è forte ed energico ed esteso massime a sinistra, senzachè per altro sia possibile fissare il punto dove batte l'apice del cuore : i toni cardiaci sono più marcati a sinistra ed in basso che non a destra ed in alto dove sono velati da un forte rumore sistolico e rasposo. Le inspirazioni sono incomplete e se forzate eccitano facile la tosse : nelle regioni toraciche occupate dal polmone il suono è dappertutto abbastanza sonoro tranne alla regione posterior-inferiore dei due lati,

dove il rumore vescicolare è anche meno distinto che non nelle rimanenti parti dell'organo respiratorio, nel quale l'ascoltazione rivela pochi rantoli mucosi, sottocrepitanti qua e là disseminati: la rivoluzione respiratoria compiesi piuttosto lentamente, 18 volte per minuto: la temperatura è a + 36°: le rivoluzioni cardiache ritmiche a 76.

Addome. Le funzioni dell'apparato gastro-enterico regolari, appetito accresciuto non che conservato, alvo ordinato: le pareti addominali tuttochè adipose e spesse, trovandosi molto rilassate, lasciano distinguere forti ed estese le pulsazioni dell'aorta addominale e sue diramazioni: le arterie illiache esterne presentano un pulsare veramente abnorme. Nulla di notevole nell'apparato uro-genitale tranne un varicocele a destra.

Estremità superiori. Vene sottocutanee molto appariscenti e dilatate: Polso radiale duro, resistente, vibrato, metallico, regolare: dolente alla pressione, tutto il plesso bracciale sinistro coi suoi rami radiale, cubitale e mediano: i movimenti del braccio sono liberi affatto e non aumentano il dolore per nulla: l'esacerbazione spontanea del dolore accade sempre di notte tempo.

Estremità inferiori. Voluminose varici nodose alle gambe e coscie: nessuna traccia di edema: tumore profondo, circoscritto, immobile, facilmente compressibile alla regione illiaca esterna di sinistra; indolente, non mai avvertito dal malato, per nulla incommodo, senza modificazione alcuna nei comuni integumenti, pulsante però e unitovi un distinto rumore di soffio arterioso. Questo tumore limitato in alto dalla cresta illiaca, in basso dalla tuberosità ischiatica, all'indietro dall'articolazione sacro-illiaca sinistra, in avanti da una linea diretta dalla spina illiaca anterior-superiore al grande trocantere del femore, segnò all'incirca 18 centimetri tanto nel diametro trasversale come nel verticale, e parve rap-

presentare per le arterie glutee sinistre lo stesso fatto morboso già notato per l'arteria temporale destra.

La *diagnosi* non poteva presentare difficoltà: trattavasi manifestamente di arteriasi generale con dilatazione aneurismatica dell'arco dell'aorta, della temporale destra, della gluzia sinistra e di molti altri rami arteriosi minori: il cuore sinistro ipertrofico con induramento delle valvole aortiche senza insufficienza però, senza stenosi: la neuralgia bracciale d'origine meccanica, dipendente cioè dalla pressione dell'aneurisma aortico sull'origine nei nervi che entrano nel plesso bracciale.

La *prognosi* doveva essere più che grave, la *cura* semplicemente palliativa. L'intermittenza della neuralgia ci fece ricorrere al chinino e prima il solfato poi il valerianato fu dato senza vantaggio: le frizioni di olio di giusquiamo con cloroformio non riuscirono a miglior effetto: efficacissime furono le iniezioni ipodermiche di cloridrato di morfina alla dose di uno a due centigrammi per volta: ma l'effetto non fu mai che temporaneo ed a volte si dovettero ripetere anche mane e sera: l'ammalato ne provava tale momentaneo vantaggio che insisteva sempre perchè le si ripetessero. In alcuni giorni in che il polso si trovò oltre 76 e 80, con leggier aumento di temperatura (36° 2|5) e cefalea pulsante si prescrissero bevande cianogenate.

Il 26 maggio la cefalea erasi fatta gravativa, il malato lagnavasi di insolita prostrazione di forze, un abbondante sanguisugio ai vasi emorroidali lo liberava di questi epifenomeni, ma senza modificare per nulla la sempre molesta ed ostinatissima neuralgia che il rendeva irrequieto, poco tollerante della disciplina, dell'ordine, del vitto dell'Ospedale. Usciva e rientrava: ma infine volle tentare il benefico influsso dell'aria natìa, lasciò Torino per rivedere ancora le ridenti colline e gli ubertosi vi-

gneti della Langa e dopo alquanti mesi in Novello presso Alba cessava di soffrire cessando di vivere.

Il poveretto da lungo tempo presentiva la prossima sua fine ed in momenti di buon umore diceva persino agli studiosi della clinica che avrebbe voluto dar loro a studiare il suo corpo morto come glielo avevano studiato vita durante. Postochè nessuna medicina il poteva guarire, postochè lui stesso ci avrebbe dato il suo consentimento, nessun umanitario sentimentale vorrà farci il mal viso se anche noi esprimiamo il rincrescimento che quell'albero arterioso non siasi potuto conservare in un museo anatomo-patologico come oggetto di scientifica curiosità. Il pezzo anatomico andò perduto! Possa almeno la storia clinica qui registrata riuscire di utile istruzione a chi studia.

Essa ci mostra come senza disordini e senza eccessi, senza abuso di vino o di liquori, senza il concorso di alcuna causa sifilitica, senza che l'età sia ancora molto inoltrata; colle sole precedenze di febbri reumatiche generosamente trattate coi salassi, siccome voleva il sistema dell'antica scuola; e per effetto d'una strana disposizione individuale (diatesi?), possa ammalarsi profondamente di ateromasia e in grande estensione il sistema arterioso e produrre ectasie e molteplici aneurismi, per sè stessi poco incomodi, ma funesti per le conseguenze secondarie che ne derivano. Il buon maestro poteva forse campare ancora, se la tormentosa sua neuralgia non gli avesse precocemente stremate le forze e fisiche e morali, ed a tal segno da schiudergli anzi tempo la tomba!

Cardiopatie.

Nell'ora narrato fatto lo sviluppo della ipertrofia del cuore sinistro stava necessariamente in rapporto colla

maggior resistenza che doveva trovare il sangue circolante attraverso un albero arterioso cotanto malato; se all'ipertrofia non si unì una dilatazione notevole, come spesso avviene, ciò si deve, a parer mio, e alla forza costituzionale, all'abito muscoloso del malato, ed al difetto di rigurgito o di ostacolo diretto all'orifizio aortico, fatti che si sarebbero forse manifestati coll'andare del tempo. Egli è questo un esempio rimarchevole di cardiopatia secondaria a vizio de' tubi arteriosi, alla cui ateromasia e ossificazione sono da attribuirsi anche quelle ipertrofie ventricolari sinistre, che avviene di trovare ne' vecchi per solo effetto dell'età (cardiopatie senili), e negli aneurismatici, massime se l'aneurisma è spontaneo ed ha sua sede nel tronco dell'aorta o nelle grosse arterie che ne dipendono; per contro le viziature del cuore destro quando non sieno secondarie di cardiopatie sinistre, lo sono di affezioni pleuro-polmonari che facendo ostacolo al circolo cardio-polmonare, più o meno, producono dilatazione delle cavità destre.

Un'altra causa frequente di cardiopatie è l'endocardite; nella patogenesi delle ipertrofie e delle dilatazioni di cuore troviamo ben soventi i residui dell'endocardite determinanti materiali difficoltà di circolo attraverso gli orifizi cardiaci, ora dilatati ora ristretti oltre i limiti naturali, soventi imperfettamente chiusi per malattia delle valvole corrispondenti. Rare e ordinariamente non gravi sono le viziature delle pareti e cavità cardiache veramente primarie e indipendenti da vizi e malattie dell'endocardo: più gravi e anche più frequenti per contro son quelle attinenti a lesione dell'endo e dell'esocardo; ciò posso asserire dietro moltissime osservazioni e cliniche e necroscopiche.

In quest'anno clinico le cardiopatie organiche comprese nella formola diagnostica sommarono a 13 ne' maschi e 6

nelle donne; il rapporto proporzionale col totale degli ammalati darebbe il 6,66 p. 0|0: per gli uomini il 7,62 p. 0|0 per le donne il 5,17 p. 0|0: in complesso fu minore il numero dei cardiopatici che non nel biennio antecedente, ed all'incontro di ciò che notai nell'altro rendiconto la maggior frequenza dei vizi di cuore sarebbe nei maschi: il noto con compiacenza avvegnachè fin d'allora (pag. 71) lasciassi per inteso che un valore assoluto ed un apprezzamento rigoroso delle cifre statistico-cliniche non si può ottenere se non quando esse sono raccolte sopra grande scala. E un'altra avvertenza voglio fare in ordine al numero delle cardiopatie accolte in clinica: per fermo la cifra che ne ho scritta non corrisponde esattissimamente al vero: a bella posta ho cennato di quelle soltanto che figurarono nella formola diagnostica: ed è bene si sappia che certe viziature leggerissime, direi certe sfumature di vizi cardiaci, come sarebbe a dire un leggier grado di ispessimento valvolare rivelato da suoni più accentati, più ruvidi e più secchi; una parziale dilatazione semplice delle cavità destre dimostrata da maggior chiarezza ed estensione dei suoni corrispondenti; un leggier inspessimento delle cavità sinistre o per ipertrofia o per adiposità, quali a volte si diagnosticarono per oscurità di toni a sinistra, accompagnati con impulso or più or meno pronunciato; e simili cardiopatie o incipienti appena o stazionarie, ma indifferenti al giuoco funzionale fisiologico del centro della circolazione, ed estranee più o meno alle malattie per cui gli ammalati furono trattenuti in clinica; avverto dico, che di questi nèi patologici, riconosciuti per rigore di esame diagnostico, ma giudicati di poca importanza, naturalmente non venne fatto cenno nella formola con che soglionsi dare i loro nomi speciali ai fatti morbosi.

E per le malattie di cuore come per tutte le altre

malattie: dal minimo al massimo vi hanno immense, numerosissime gradazioni ; le quali spiegano come in alcuni casi i sensi più esercitati e il favore delle circostanze, lo stato febbrile per esempio, l'orgasmo, il maggior eccitamento cardio-vascolare possano rendere facili alcuni punti diagnostici, i quali in condizioni opposte sono poi controversi o negati. Avviso al pratico cui non saprebbesi mai abbastanza raccomandare prudenza e riserva tanto nello ammettere come nel negare e contraddire ! !

Interessante è lo studio delle cardiopatie organiche relativamente alle età ; nessuna età vi sfugge, ne osservai casi nelle estreme età come in quelle di mezzo ; il numero proporzionale però non è eguale : per i malati di che parlo ecco le cifre che risultano dal registro clinico :

	Uomini	donne	totale
Da 1 a 10 anni	0	0	0
da 11 a 20	3	0	3
da 21 a 30	0	1	1
da 31 a 40	4	4	8
da 41 a 50	2	0	2
da 51 a 60	3	1	4
da 61 a 70	1	0	1
	13	6	19

La maggior cifra è per le età di mezzo, e dessa ha maggior importanza se si rifletta che da 31 a 40 anni si ebbero soli 54 ricoverati, quindi la proporzione di 14,81 p. 0|0, più del doppio del rapporto proporzionale generale sopra enunciato di 6,66 p. 0|0. Nel rendiconto antecedente il numero maggiore dei cardiaci era stato trovato da 21 a 30 anni nella proporzione però di 11,95 p. 0|0 soltanto.

La frequenza delle cardiopatie nell'età della maggior forza pare dipenda e dalle fatiche e dalle passioni che

sono proprie di quest'età. In ordine alle professioni dei nostri cardiaci troviamo le cifre seguenti:

Contadini	uomini	4 (1)	donne	0
Soldato bersagliere	»	1	»	0
Maestro di scuola	»	1	»	0
Cuoco	»	1	»	0
Tessitore	»	1	»	0
Serraglieri	»	3	»	0
Muratore	»	1	»	0
Cameriere	»	1	»	1
Tabaccai	»	0	»	1
Donna di casa	»	0	»	1
Fruttivendola	»	0	»	1
Merciaiuola	»	0	»	1
Cucitrice	»	0	»	1
		13		6

Egli è eloquentissimo questo quadro: contadini — serraglieri — camerieri — soldati — figurano primi tra i cardiaci: chi conosce la fisiologia di queste persone non può a meno di ammettere l'influenza che il loro genere di vita dovette avere per renderli malati di cuore; lo stesso si può dire del soldato bersagliere (trombettiere), della merciaiuola, della fruttivendola, del muratore. La posizione curva per lavorare sì e come fanno il tessitore, la cucitrice e la massaia; gli sforzi di inspirazione e di espirazione di un trombettiere bersagliere; la vociferazione di chi per lunghi anni insegna, il vitto stimolante e 'l calore raggiante del fuoco pel cuoco, ci rappresentano altri elementi causali che per certo possono avere influenza nella cardiopatogenesi, insieme con molte cause morali e fisiche, reumatiche, traumatiche e va dicendo, delle quali, oltre la professione, ci dànno spiegazione altre condizioni individuali. Alcune cause patologiche, ad es.

(1) Di questi uno fu soldato.

si collegano colla condizione o stato civile degli infermi: sotto questo punto di vista i nostri 19 cardiaci si distinguono come segue:

Coniugati	uomini	5	donne	5	totale	10
Celibi	»	7	»	1	»	8
Vedovi	»	1	»	0	»	1
		13		6		19

È notevole in questo quadro il maggior numero dei celibi maschi e delle maritate donne: amor del vero vuole ch'io noti che le cifre ora riferite delle maritate donne mutano d'alquanto le conclusioni che si potevano trarre da quelle del precedente rendiconto, nel quale s'osservò però il maggior numero di cardiopatici maschi anche tra i celibi.

Come già ebbi a notare nell'altro mio lavoro raro è che i cardiaci ricorrano all'ospedale per il semplice fatto del vizio precordiale: o è per malattia accidentale come nell'esempio sovra narrato di bronchio-pleuro-polmonite e successiva flebite: o è per un preesistente fatto morboso anche più grave e più tormentoso che non il vizio di cuore, come nel caso della diatesi aneurismatica con neuralgie, del quale ho pure parlato: o sono alcune complicazioni, quali la tubercolosi, il reumatismo, l'idropleurisia, le febbri periodiche, l'isteria: o sono successioni morbose, vere dipendenze della cardiopatia, come le iperemie, i catarri, le idropisie, la bronchite, l'anasarca, l'albuminuria, ecc.

Quantunque per alcuni si pretenda essere rara la complicanza della tubercolosi coi vizi precordiali, tuttavia me ne ricordo parecchi esempi, e mi è sempre presente alla memoria uno rimarchevolissimo osservato nell'ospedale Pammatone in Genova all'occasione in che fui esaminatore per il concorso alla cattedra di clinica in quell'uni-

versità. Sopra i 19 casi contemplati in questo rendiconto ne trovo tre di cardiopatie con tubercolosi: due uscirono dall'ospedale migliorati, il terzo moriva dopo 74 giorni di permanenza, e siccome la diagnosi era confermata dalle risultanze necroscopiche, mi pare interessante riferirne le particolarità, togliendole dal memoriale clinico scritto dal dottore A. Bocca allievo del clinico Instituto.

Il soggetto ne fu un cuoco d'anni 36, celibe, di tempra linfatico-nervosa, di costituzione affralita, pallido e molto macilento per gravi malattie sofferte. Tra queste vogliono essere ricordate: 1° un'infezione sifilitica all'età di 16 anni con bubone che suppurò per ben tre mesi: 2° una contusione per calcio di cavallo sulla faccia per cui gli si fecero 8 salassi, e stette malato tre mesi a 22 anni; 3° Una bronchite a 27 anni curata in 15 giorni con 4 salassi; 4° una pneumonorragia abbondantissima (la perdita del sangue fu calcolata in circa cinque libbre) sofferta in giugno 1864 curata con 8 salassi, e successivamente colla dieta lattea, olio di merluzzo, gelatina di lichen islandico, per riparare alla grande denutrizione che ne fu la conseguenza; 5° infine una pleurite destra nel gennaio 1865 trattata ancora con 9 sottrazioni di sangue e ripetuti vescicanti sulle estremità. Non risultò di alcuna ereditarietà patologica, ma è notevole come fin dalla età giovanile soffrisse di palpitazione di cuore: a 20 anni fu riformato dal servizio militare per varicocele doppio che porta tuttora, e per la palpitazione di cuore, la quale durò sempre e si aggravò specialmente in occasione della sofferta pneumonorragia. Fu da quell'epoca che le forze andarono via via diminuendo; e la tosse e la dispnea e l'espettorazione e i sudori abbondanti notturni che si manifestarono dopo la pleurite, con tanto vigore di metodo depletivo trattata in gennaio, non es-

sendo cessati più, terminarono per portarlo all'ospedale il 21 giugno 1865.

La viziatura del cuore era dimostra da un'area cardiaca molto estesa con forte impulso e battiti cardiaci sensibili a sinistra oltre la linea mamillare : il ritmo era regolare ma frequente (78); i suoni poco distinti, oscuri, profondi a sinistra ; molto chiari, estesi, a timbro metallico verso la regione sternale e sterno costale destra (ipertrofia del cuor sinistro con dilatazione a destra). La malattia del polmone si rivelava con difficoltà di respiro, tosse insistente, molesta, con espettorazione abbondante, saniosa, purulenta e sanguigna : il microscopio insieme alle cellule del pus e del sangue in essa mostrava molte fibre elastiche. L'ispezione del torace oltre una grande macilenza, sporgenze ossee e fosse molto pronunciate, dimostrava circoscritti, incompleti i movimenti d'inspirazione, massime dal lato destro, dove la percussione dava un suono ottuso veramente femorale in tutta l'estensione e specialmente verso la base, e l'ascoltazione indicava difetto di rumor vescicolare in basso, rantoli a grosse bolle molto pronunziati, con soffio cavernoso e voce cavernosa limitati in alto. Dal lato sinistro la risuonanza toracica era chiara e 'l rumor respiratorio udivasi esagerato, puerile. (Essudato nella pleura destra con escavazione polmonare al lobo superiore dallo stesso lato).

Le altre funzioni non presentavano dissesti notevoli : l'ammalato aveva appetito, digeriva bene, aveva però l'alvo sciolto ; la pelle era secca colla temperatura di 36 3|5 : le orine non erano febbrili : in generale uno stato di malessere, di prostrazione, d'impotenza, di rottura generale con crampi alle estremità ma leggieri e fugaci.

La cura fu tentata col regime latteo, coll'olio di merluzzo, con qualche leggiero rivulsivo sul torace de-

stro, ma senza pro. La temperatura da principio non arrivò mai a 37, le respirazioni oscillarono tra 23 e 25, i polsi fra 75 e 80: la diarrea si moderò, cessò temporariamente il sudore notturno, ma poco a poco l'ammalato perdette anche l'appetito e crebbe quindi la denutrizione sino al marasmo.

Dopo 20 giorni modificaronsi i segni statici del torace destro: esso si fece sporgente e gibboso; all'ottusità successe rumor timpanico e senso di manifesta fluttuazione nella succussione così detta Ippocratica; all'ascoltazione durante la tosse e la respirazione forzata si percepiva tintinnio metallico e suono anforico (rottura della caverna nel cavo pleurale — fistola interna).

Da poi lentamente si aggravò sempre, ned è necessario che per filo e per segno racconti tutto che si passò: avvenne febbre lenta e tabe e morte il 4 settembre a mezzogiorno.

L'autopsia venne praticata il 6 alle ore 7 1|2 di mattino. L'abito esterno mostrò l'estrema macilenza e la tinta cloro-anemica generale. Il cranio non venne aperto. Nel torace destro si trovò un vasto empiema: il polmone era schiacciato verso la colonna vertebrale, ridotto a minimo volume: il lobo superiore era cementato colla pleura coperta in varii punti di granulazioni tubercolari, ed era scavato in ampia caverna centrale, con alcune cavernule minori circostanti; il rimanente parenchima polmonare, consumato da fusione tubercolare, era ridotto ad una massa di tessuto indurato cirrotico: la fistola chiusa. Nel torace sinistro si trovò leggiera effusione sierosa; il polmone voluminoso, enfisematoso in avanti ed in alto, ingorgato nel margine posteriore ed alla base, presentò alcune masse tubercolari isolate qua e là sparse e più numerose verso l'apice. Il cuore si trovò in massa totale voluminoso e pieno di coaguli fibrinosi,

aderenti, spessi, estesi nei grossi vasi; dalla vena cava discendente se ne estrasse uno della lunghezza di 25 centimetri. Le pareti del ventricolo sinistro spesse, ipertrofiche, quelle del destro molto sfiancate, sottili, adipose: valvole tutte più o meno ateromatose. Fegato molle, ingorgato, adiposo. Milza piccola, rammollata. Grosse le ghiandole del mesenterio; mucosa gastro-intestinale anemica, sottile, senza granulazioni od ulcerazioni. Reni sani.

Non voglio estendere il mio dire a tutti i corollarii pratici che da questo fatto si possono trarre: li lascio volentieri al senno del lettore, il quale vorrà ponderare con quanta convenienza sieno stati fatti 8 salassi per la pneumonorragia e 9 per la pleurite, mentre già era in corso la malattia tubercolare, come ben si poteva dedurre dal deperimento costituzionale cominciato fin dal giugno 1864; per lo scopo che scrissi quest'osservazione bastimi l'aver dimostrato come ad una antica viziatura di cuore possa tener dietro la tubercolosi: questa, per l'emostasi polmonare e la cachessia che tien dietro ai vizi di cuore non si potrebbe considerare come effetto di quella? Ei mi pare possibile, quantunque anche la tubercolosi alla sua volta possa essere stata concausa della dilatazione delle cavità destre, come arrivar deve per ogni fatto morboso che incagli il circolo dal cuore al polmone. Devo inoltre soggiungere che per questa ragione lo stesso essudato pleurale dovette contribuire ad aggravare la cardiopatia e accelerare il corso della tubercolosi come ebbi più volte ad osservare nella mia pratica, e vidi in altro dei malati della clinica operato di paracentesi toracica, come dirò più sotto.

Frequenti sono i versamenti sierosi consecutivi alle gravi viziature di cuore; doppia ne è la ragione: dapprima sono gli ostacoli che impediscono la funzione del

cuor destro e aumentando la pressione venosa rendono meno facile l'assorbimento interstiziale: in secondo luogo è la cachessia sierosa che alle lunghe sofferenze dei cardiaci, ai disturbi gastrici e respiratorii dei medesimi tien dietro per viziata ematosi: appena è necessario soggiungere, che tanto più facile e pronta arriva l'idrocacoemia, quanto più, per mala ventura, colla presunzione di curare la malattia di cuore o coll'idea di moderarne gli effetti idraulici, si fece abuso di lancetta. La comparsa dell'idrope nei cardiaci segna in genere il principio della fine, ossia quel periodo in cui giusta la distinzione clinica che ne ho fatta nel precedente mio rendiconto (pag. 71) essi per lo più non sono più guari conciliabili col prolungamento della vita. Tuttavia anche per questo rapporto vi sono eccezioni assai; ne ricordo parecchie nel corso della mia pratica, ed un esempio eloquentissimo ne porge l'osservazione che qui riporto dal diario clinico scritto dal dott. Giuseppe Silvani.

Era una donna d'anni 32, di tempra linfatico-nervosa, di costituzione molto affranta per lunghe sofferenze, con abito di corpo macilento e colore clorotico, già soppressatrice di professione, ora da tre anni, per impotenza all'esercizio di quell'arte, data ai lavori meno faticosi di donna casalinga.

L'anamnesi remota ricordava le solite malattie dell'infanzia, abituali geloni ai piedi nella stagione invernale, epistassi, facili infreddature con qualche soppressione temporanea di mestruazione, abitualmente però regolare ed abbondante. Passata a marito ebbe due gravidanze nelle quali fu sempre più volte salassata, come porta soventi più che vera indicazione il pregiudizio popolare secondato anche da talune esercenti donne. La prima gravidanza terminava con parto prematuro settimestre, la seconda andava a termine, ma il bambino moriva dopo

15 giorni. Da quell'epoca (1862) cominciò a soffrire di palpitazione di cuore, dispnea, tosse: fu salassata 3 volte, le si fecero tre sanguisugi, prese pillole purganti, non guarì e come già notai dovette desistere dal fare la stiratrice: solo dopo sei mesi migliorò alquanto: nel settembre 1864 li detti suoi malanni nuovamente si aggravarono: la scarsità dei lunari benefizii fece prendere indicazione di ripetuti sanguisugi all'ano ed alle inguinaglie, e di pediluvii: per il cardiopalmo usò deprimenti cardio-vascolari: giudicando dalle preparazioni di ferro datele, fin d'allora doveva presentare sintomi di cloro-anemia; nulla si ottenne: a vece della mestruazione si manifestò leucorrea e abbondante a segno da estenuarne le già debolissime forze in causa di malanni fisici e morali sofferenze. Nel novembre agli altri fenomeni morbosi si associarono vomiti, forti dolori ventrali e per un momento si temette di idrope addominale; presto scomparve la raccolta: con tutto ciò non migliorossi lo stato suo, e, trattavi dalla miseria, il 30 maggio finalmente cercò soccorso nella casa ospitale di San Giovanni.

Ecco in quale stato: abito esterno pallidissimo con labbra cianotiche, faccia molto sofferente, spasmo dei muscoli mirtiformi, sguardo languido, ambascia, ortopnea, insonnia. A colpo d'occhio si sarebbe subito diagnosticata una grave malattia di petto: l'inspezione del torace mostrava la sua forma allungata e stretta, con le scapole alate e gibbosità nella parte anteriore sinistra estesa dalla 2ª alla 7ª costa: i capezzoli delle mamme, del tutto atrofiche, non erano allo stesso livello, il sinistro era molto più alto che non il destro. La percussione dava un' ottusità estesa molto alla regione precordiale ed anche un suono meno chiaro dei due polmoni tanto all'apice come alla base: l'ascoltazione faceva sentire molti rantoli sibilanti, russanti, con grosse bolle mucose

che alla sommità di sinistra rappresentavano quasi un rantolo di gorgolìo: la espirazione alquanto prolungata: poca però la tosse, poca la espettorazione di muco-pus nel quale trovaronsi manifeste le fibre elastiche. L'apice del cuore era sensibile al 7° spazio intercostale e nella linea ascellare, con impulso frequente, forte ed esteso a tutta la superficie anteriore del cuore e ritmo irregolare, intermittente; l'ascoltazione faceva percepire un ruvido soffio quasi rasposo, sistolico, specialmente distinto a sinistra, estendentesi all'apice del cuore; alla base e verso destra i toni cardiaci erano chiari e metallici. I polsi a 84 e molto irregolari. La temperatura a 36 3[5. Catarro gastro-intestinale rappresentato da inappetenza, meteorismo, gastralgia, enteralgia, alvo stittico. Orine scarse, sedimentose, cariche di pigmento, leggermente albuminose; leucorrea.

La diagnosi fu di ipertrofia e dilatazione del cuore sinistro con lesione della mitrale e insufficienza: tubercolosi polmonare; catarri secondari per iperemia venosa. Il pronostico era naturalmente grave e l'esito si sarebbe potuto temere anche non troppo lontano; pure così non fu, tuttochè siasi ancora manifestata effusione sierosa alla cavità addominale con edema alla faccia ed alle gambe.

I sedativi cardio-vascolari (bevande cianogenate), i torpenti (oppiati), il regime latteo, qualche rivulsivo cutaneo (vescicanti volanti), blandi eccoprottici, qualche diuretico (infusione vinosa di sassafras con ossimiele scillitico); nello spazio di due mesi portarono un manifestissimo miglioramento: l'alvo si fece libero e a intervalli un po' sciolto, scomparvero le effusioni sierose, scomparve la cianosi, diminuirono d'assai i fenomeni e segni patologici del cuore e dell'organo del respiro, la tubercolosi non fece progresso, il catarro bronchiale cessò,

si regolarizzò la circolazione, cessò l'albuminuria, si migliorò lo stato generale di nutrizione e 'l primo di agosto, dopo 62 giorni di permanenza nell'Ospedale potè partire per la campagna. Il 29 novembre rientrava in clinica di nuovo un po' aggravata per l'influenza delle condizioni atmosferiche (freddo umido) e altra volta miglioravasi a segno che poteva di nuovo lasciare l'Ospedale in istato non di buona salute certo, ma sufficientemente migliorata. Era immutato il vizio organico di cuore, direi anzi immutabile, pure cessarono i più gravi fenomeni relativi all'inceppamento del circolo venoso, e non è poco, quando considerisi che le effusioni sierose sogliono, come già dissi, essere il principio della fine di molte condizioni patologiche attinenti alle cardiopatie organiche: è notevole come anche la tubercolosi polmonare, tuttochè al periodo di fusione, con usura polmonare, come manifestarono positivamente e 'l rantolo di gorgolìo e la presenza di fibre elastiche negli sputi, tuttavia non abbia fatto progressi, non siasi estesa oltre quei limiti che sono conciliabili con una respirazione sufficiente.

Un altro esempio comprovante la possibilità di notevoli miglioramenti delle malattie secondarie di vizii organici di cuore, l'ebbi in una cucitrice francese d'anni 32, di tempra linfatico-sanguigna, di mediocre costituzione, molto macilenta, tossicolosa fin dall'età pubere, e da lungo tempo male andata di salute.

Al dottore Bergoën, che come allievo della clinica ne tesseva l'istoria patologica, narrava come notevoli le seguenti precedenze morbose: 1° Frequenti sospensioni della emorragia mensile fin dall'età di 15 anni in cui cominciava la mestruazione; 2° due aborti a 26 e 28 anni corrispondenti a due matrimoni contratti; 3° irregolarità, scarsezza dei lunari benefizii, e sospensione di mestrua-

zione anche più marcate dopo il 1862, epoca in cui cominciò a rendersi più molesto e penoso un cardiopalmo, che da tre anni con alternative diverse si era fatto sentire: insiememente per dispnea, dispepsia, anoressia, lentamente deperiva il suo stato costituzionale; a casa sua le si amministrarono a lungo e vino chinato e preparazioni ferruginose. Questa cura non impediva però l'ascite con edema alle estremità inferiori, per cui era ricoverata all'Ospedale di Lariboisiere in Parigi dove rimase cinque settimane.

Durante questo tempo prese prima 20 poi 15 centigrammi al giorno di foglie di digitale in polvere, e col vino generoso e tonico e con qualche diuretico che non seppe qualificare miglioravasi a segno, che scompariva l'ascite e l'edema e poteva uscire dal detto spedale quasi senza cardiopalmo.

Da poi ebbe ancora delle alternative di bene e di male, di meglio e di peggio: poteva però vacare alle sue domestiche occupazioni: alcune pillole d'oppio, digitale e china le riuscirono molto proficue: nel luglio 1864 potè fare il viaggio da Parigi a Torino e senza risentirne disagio: la sua salute fu discreta fino al mese di dicembre; fosse il freddo, fossero patemi d'animo, fosse miseria, o meglio la riunione di queste cause, fatto sta, che il cardiopalmo in allora s'accrebbe, si fece ansante la respirazione, più insistente la tosse, e intanto ritornò l'edema alle estremità inferiori, e al 20 dicembre di bel nuovo era rimarchevole l'ascite. Non potendosi altrimenti curare l'11 gennaio 1865 riparò nella Clinica.

L'ortopnea, l'affanno, la faccia subtumida con cianosi pronunciata alle labbra ed alle guancie, l'edema e l'algidità delle estremità superiori ed inferiori, l'oscurità e irregolarità dei polsi indicavano gravità di fatto morboso per impedimento di circolo. La cefalea gravativa, i rumori nelle orecchie, l'insonnia, la dilatazione delle giu-

golari erano effetti di circolazione difficile dal capo al cuore.

La respirazione frequente a 36, interrotta, con incompleta inspirazione; i rantoli russanti, sibilanti, sottocrepitanti; il soffio bronchiale: il difetto di rumor vescicolare e l'ottusità di suono alla percussione, così all'apice, come al margine posteriore e base dei due polmoni; la respirazione supplementaria nel margine anteriore; gli sputi mucosi, leggermente tinti di sangue, lasciavano indizio di catarro bronchiale, e di iperemia polmonare, che da tempo durando, probabile rendevano il diagnostico di neoplasmi tubercolari qua e là disseminati. L'anoressia, la dispepsia, la diarrea, la raccolta peritoneale: i dolori renali, colle orine scarse, rosse, pigmentate, non albuminose, ma cariche di muco e di principii salini: la leucorrea infine erano una dipendenza dello stato di iperemia venosa addominale. Il tutto andava subordinato allo stato della circolazione centrale. L' aia cardiaca alla percussione era molto estesa e corrispondente ad essa una notevole gibbosità alla 3ª, 4ª, 5ª costola sinistra, tra la regione parasternale e la mamillare: l'impulso cardiaco forte, esteso a tutta la superficie anteriore del viscere, senza che fosse possibile distinguere la punta del cuore: ritmo celere e alquanto disordinato: l'ascoltazione indicava molto accentato il 2° tono alla base: e all'apice, o meglio al terzo e quarto spazio intercostale, nella linea mamillare sinistra, un forte rumore rasposo e di tortora (pipitus avium, canto cardiaco) copriva l'intiero atto sistolico, prolungandosi anche fino al principio della diastole. La diagnosi fu di dilatazione con ipertrofia delle cavità cardiache e lesione della valvola mitrale (asprosità, stenosi, insufficienza). I catarri e le trasudazioni sierose erano pertanto dipendenti da pressione venosa accresciuta, l'ematosi difficile spiegava la cianosi, il freddo alle estre-

mità: la temperatura del cavo ascellare fu trovata a 36 3|5 e 36 1|5.

Inquieta, agitata da patemi d'animo, intollerante di tutto e di tutti, questa misera stette pochi giorni nello Instituto clinico: parve migliorarsi d'alquanto con un'infusione di sassafras vinosa e l'ossimiele scillitico, ma dopo pochi dì, agli altri malanni si aggiunse ancora l'itterizia: in tale stato volle lasciare l'Ospedale per riparare in un povero abituro, dove, da quanto mi venne riferito, per sincope prontamente moriva dopo poco tempo.

Ho voluto toccare di volo questo fatto, perchè mi parve importante sotto il punto di vista terapeutico: il vantaggio ottenuto nell'Ospedale Lariboisière di Parigi colla digitale unitamente al vino, viene a contraddire l'opinione tuttora ancora vigente presso molti, che la medesima sia un deprimente cardio-vascolare. Egli è positivo che dessa rallenta la circolazione, ma ad un tempo rafforza l'azione cardiaca siccome ammettono Jacks, Niemeyer, Cantani, Tommasi: e quindi si spiega il perchè riesca utile nelle idropi secondarie di vizii di cuore e particolarmente nei casi in cui questo è debole, fiacco, impotente a vincere gli ostacoli che si oppongono alla libertà della circolazione. Egli è per questo nuovo concetto terapeutico relativo alla digitale, che la medesima anzichè coll'acqua coobata, coll'aconito vuol essere usata insieme coll'etere (tintura eterea), colla china, col ferro, coll'oppio, col vino, e a dose, che per essere conveniente e ben tollerata deve essere assai moderata. Ho molti recenti fatti clinici i quali vengono in appoggio di questi principii, essi sono però estranei a questo rendiconto e non possono in esso trovar posto. Mi basta aver fatto cenno di un argomento che deve scuotere le convinzioni di molti in ordine a questo rimedio d'azione elettiva sui nervi del cuore: per le indicazioni come

per le contro-indicazioni, praticamente parlando, restano scambiati i termini: è vero che iperergia ed iperstenia cardiaca le sono cose distinte nelle scuole, e da tempo, ma non tutti sempre vi badano!

In nessuno dei casi di cardiopatie finora riferiti troviamo tra le influenze causali e tra le precedenze morbose alcun cenno di reumatismo articolare dal quale troppo spesso in vero si vorrebbero ripetere le viziature organiche del centro della circolazione (1): in due casi soli la formola diagnostica fu di cardiopatia con reumatismo articolare, vediamone i rapporti reciproci.

Un cameriere d'albergo, ventenne appena, forte, robusto, di tempra sanguigno-nervosa entrava in Clinica il 29 dicembre 1864: ne compilava la storia il dottore Serra Augusto. Una sola precedenza morbosa grave veniva registrata nel diario clinico: era una febbre tifoidea sofferta a 17 anni, e guarita in un periodo di tempo relativamente breve. Da poi nulla avrebbe sofferto mai: e prova dell'asserto gli era bene il genere di vita faticoso che doveva menare per ragion di mestiere. La malattia attuale datava da soli 4 giorni ed era caratterizzata da dolori intensi con enfiagione e rigidezza a tutte le giunture delle estremità superiori ed inferiori, con ismania, agitazione, massima inquietudine, febbre ardente, per cui prima di tradurlo all'Ospedale gli venivano praticati due salassi, ed era dato aconito e nitro. Alla prima visita tutte le dette giunture e massime quelle de' carpi, e dei tarsi erano tumide, calde, dolenti, ed a segno, che, malgrado la grande smania, il malato non poteva cangiar di posizione senza mandare le alte grida. I polsi erano a 120, la termogenesi a + 40, le respirazioni 36. La

(1) Vedi quanto ho scritto sul proposito a pag. 192 del precedente mio rendiconto.

inspezione mostrava un leggier inarcamento della 4^a e 5^a cartilagine costale sinistra, alla palpazione l'impulso cardiaco notavasi violento, con ritmo frequente ed irregolare e leggier fremito catario; alla percussione ottusità cardiaca piuttosto estesa; all'ascoltazione suoni cardiaci chiari, ed estesi a destra, velati a sinistra da forte rumore di soffio sistolico, sensibile all'apice del cuore ed esteso anche alla base, sull'origine dell'aorta e lungo le arterie carotidi: la circolazione delle vene giugulari normale. Ottuso il petto alla regione posterior-inferiore con corrispondente oscurità di mormorìo respiratorio vescicolare, dispnea senza tosse. Cefalea gravativa e pulsante: punto prosopalgico sopraorbitale sinistro: faccia suffusa, occhi scintillanti, vista offuscata, crampi alle estremità; sete, anoressia, bocca cattiva, lingua fecciosa, un po' rossa ai bordi ed all'apice, alvo chiuso, orine pigmentate, scarse, ricche di sedimenti urici.

La diagnosi fu di reumatismo poli-articolare con endocardite acuta. La cura fu fatta col riposo assoluto, rigorosa astinenza, bevande cianogenate, cataplasmi emollienti e sedativi, un purgante idragogo. Il miglioramento fu rapido; presto cessarono le località articolari e prima i piedi poi le mani rimasero libere da rigidezza e dolori. I polsi presto discesero a 100, a 95, poi a 90, a 85, mostrandosi rapidi e cedevoli, massime dopo ripetute epistassi che contribuirono a risolvere i fenomeni morbosi del capo: la respirazione si fece più libera, più ampia, con una frequenza di 28, 24: il calore s'abbassò a 39, 38, 37 e senza comparsa di sudore, senza manifestazione di migliari per un momento sospettate; gradatamente diminuì il tumulto cardiaco; dopo soli 12 giorni di cura quasi non v'era più traccia di cardiopalmo e l'ansietà era cessata e al 19° giorno potè alzarsi dal letto senza nulla soffrir più. Dopo una permanenza di soli

27 giorni lasciò l'Ospedale in ottimo stato di salute, l'ascoltazione faceva riconoscere ancora un leggerissimo soffio sistolico specialmente verso l'apice del cuore, il cui impulso era per forza normale, ma un po' più del normale esteso, come estesi ne erano i suoni, d'altronde, massime a destra ed alla base, chiarissimi. Un risultato così soddisfacente ottenuto in così breve lasso di tempo, e con una cura più che semplice è raro abbastanza : il fatto mostra come si possano risparmiare le sanguigne anche nel reumatismo localizzato al cuore e senza che perciò ne sorgano necessariamente cardiopatie organiche.

Non credo di essere andato errato avendo considerato come guarito il mio malato ; mi rincresce non averlo veduto più. Non posso però a meno di esprimere il dubbio, che se nuovi attacchi di reumatismo l'avranno côlto e con nuovi insulti al cuore, colla massima predisposizione fattavi dal mestiere, quel cameriere potrà presentare ora o poi segni di cardiopatia organica, della quale all'epoca in che io 'l lasciai non v'era che una remota orditura.

Non è raro che i vizi cardiaci sieno appunto l'effetto non di uno ma di ripetuti attacchi di reumatismo, come prova il fatto seguente, nel quale, per antitesi al primo, malgrado i salassi stati praticati, pur tuttavia non si potè evitare un grave vizio di cuore. Avviso ai pratici che nel reumatismo articolare acuto sono troppo facili salassatori !

Un contadino d'anni 34, di temperamento sanguigno-bilioso, di costituzione fisica mediocre, macilento, pallido, con carni floscie, e concidenti, entrava al num. 147 il 13 aprile 1865. Il memoriale storico dei suoi malanni era affidato alla diligenza del dottor Pagni allievo della clinica. Risultò dall' esame diagnostico che a 12 anni aveva sofferto di febbri terzane che gli erano durate 12 mesi; e a 14 anni di una febbre reumatica con localizzazione alle ginocchia, malattia che altre quattro volte ripe-

tevasi, ma non grave mai, nè lunga. In 15 circa giorni ne guariva sempre; a suo dire, ogni volta gli furono praticati tre salassi. Però, se da prima la guarigione fu completa e perfetta a segno, che potè essere assentato come soldato di cavalleria, dopo l'ultimo attacco avvenuto all'età di 29 anni, mentre qual soldato combatteva contro il brigantaggio napoletano, cominciò a soffrire di cardiopalmo che più non l'abbandonò e gli rese non poco difficili e penosi i campestri lavori, massime se un po' faticosi. Nell'agosto 1864 fu preso da infiammazione intestinale, con dolori al ginocchio destro e ischiade corrispondente. Gli si fecero ancora tre salassi, prese purganti, e dopo un mese soltanto potè lasciare il letto. Da poi più non si riebbe: le digestioni furono sempre laboriose, lente, difficili, l'affanno di respiro abituale si aggravava dopo il menomo pasto; cominciarono a gonfiarglisi le gambe, le forze andarono via via scemando, sino a renderlo affatto impotente ad ogni lavoro con che doveva procacciarsi un misero vitto; e l'Ospedale fu l'ultimo suo rifugio.

L'ortopnea, l'ambascia, la fisionomia sua sofferente, le forze derelitte, l'abito cachettico, l'edema ai piedi, la temperatura freddiccia (+ 36 3|5 alla regione ascellare), l'anamnesi prossima e remota, rendevano facile il diagnostico presuntivo di grave cardiopatia. La semplice inspezione della regione del cuore rendeva la diagnosi sicura; tutta la superficie anteriore del viscere batteva con forte ed esteso impulso contro le pareti del torace, il quale dalla 2ª alla 7ª costa sinistra presentavasi inarcato e gibboso; l'area ottusa dei precordi si estendeva dalla linea mammillare sinistra alla regione parasternale destra ed in basso sino alla 7ª costa sinistra; la forza dell'impulso sollevava il capo di chi sulla regione del cuore l'orecchio apponesse, e l'ascoltazione faceva percepire

soffio sistolico aspro alla base del cuore esteso lungo l'arco dell'aorta ; soffio sistolico forte e rasposo sentivasi pure verso l'apice del cuore ed a segno pronunciato, che anche alla parte posteriore sinistra, e anteriore destra del torace veniva trasmesso. La cefalea gravativa, il rumore respiratorio velato e oscuro, con rantoli russanti pronunciati; la anoressia, la pirosi, la flatulenza; l'orina carica, rossa , bruciante indicavano quale fosse lo stato della circolazione venosa.

La diagnosi fu di cardiopatia costituita da ipertrofia con dilatazione delle cavità ventricolari, stenosi aortica, e insufficienza della mitrale. La sezione necroscopica confermava per filo e per segno questo diagnostico.

Quest'ammalato stette soli 15 giorni nelle infermerie: in questo frattempo i polsi furono duri, irregolari , intermittenti, oscillando fra 75 e 108. La respirazione ansante e difficile tra 25 e 40 : la temperatura tra 36 3|5 e 38: la densità delle orine fra 1028 e 1035. Colle bevande cianogenate, col nitro, colla digitale, colla squilla in varie guise tentate, parve regolarizzarsi la circolazione e diminuire il tumulto cardiaco, ma furono vantaggi affatto passeggeri ; insieme ad un forte edema alla regione sacro-lombare comparve un dolore lungo il corso del nervo ischiatico sinistro, poscia artralgie al ginocchio sinistro ed al carpo destro, e cessate queste nuovi dolori articolari alla spalla e braccio sinistro. Le orine si fecero sempre più scarse, sedimentose, difficili; riscaldandone il sedimento questo si ridiscioglieva nella orina, che per ciò diventava limpidissima senza presentare traccia di albumina.

Il 25 e 26 di aprile l'irregolarità dei polsi, la frequenza maggiore e l'ansietà di respiro , il raffreddamento delle estremità, le nausee, i vomiti, la scomposizione del volto indicavano peggioramento. Qualche cutaneo rivulsivo

parve rianimare alquanto la circolazione e con essa la vita, ma nei successivi giorni le pulsazioni discesero sino a 40, la respirazione a 20, la temperatura a 36 1|5: persisteva il rumore di soffio alla mitrale soltanto: erano scomparse le doglie articolari: la morte si avvicinava e il 28 aprile alle 5 pomeridiane il misero esalava l'ultimo spiro: moriva per asfissia.

L'autopsia fu fatta 23 ore dopo, davanti la scolaresca. Nell'abito esterno si notarono ecchimosi cadaveriche al dorso, macchie di vescicatorii apposti sul torace, vene giugolari molto distese, putrefazione incipiente, rigidità cadaverica persistente. *Nel capo* trasudamento sotto-aracnoideo coi seni venosi pieni di sangue sciolto. Massa cerebrale voluminosa, punteggiamento cerebrale specialmente a destra, poca sierosità nei ventricoli laterali. *Nel torace* turgide le vene succlavie e piene di sangue sciolto. Fitte aderenze pleurali dai due lati, più marcate a destra: aderenze del pericardio alla pleura costale: il costato visto dal di dentro nella regione precordiale presentò un avvallamento o fossa corrispondente alla 2ª, 3ª e 4ª costa specialmente. Mediastino anteriore infiltrato di sierosità, molto tessuto adiposo tra il pericardio e le pleure.

L'apice del cuore si trovò corrispondere al 5° spazio intercostale nella regione ascellare, vale a dire tre dita trasverse all'infuori della linea mammillare. La massa cardiaca molto voluminosa presentò un diametro trasversale di 24 centimetri, il solo ventricolo sinistro nella sua maggior ampiezza misurò 14 centimetri e 1|2; la forma del cuore rappresentava quella del trifoglio: sinfisi quasi completa della superficie anteriore del cuore col pericardio, con aderenza fitta e cartilaginea. Turgide e dilatate, e ripiene di sangue le vene cave: orecchietta destra piena di sangue aggrumato: dilatata e

piena pure l'orecchietta sinistra, ventricolo destro dilatato e anche spesso, tutto occupato da un coagulo fibrinoso che si estendeva nell'orecchietta e nella arteria polmonare: valvole sigmoidee sane: valvola tricuspidale assottigliata con orifizio auricolo-ventricolare dilatato, con un diametro trasverso cioè di circa 4 centimetri.

Ventricolo sinistro dilatatissimo con pareti spesse assai e muscoli papillari ipertrofici, con lunghissimi tendini; l'orifizio mitrale dilatato misurò tre centimetri e mezzo nel diametro trasversale, la valvola atrio-ventricolare sana ma insufficiente; spessa e dura, quasi ossea la valvola aortica con ristringimento d'orifizio; arteria aorta sana; catarro nelle vie respiratorie, una concrezione calcarea (tubercolo cretaceo) nel polmone sinistro. Nell'*addome:* milza voluminosa ma sana, macchie tendinee sul fegato col primo grado di infiltrazione adiposa. Rene sinistro voluminoso, duro, congestionato, con colore livido nelle piramidi di Ferrenio; meno tumido, meno iniettato il rene destro. La mucosa gastro-enterica turgida, iniettata, con alcune ecchimosi sottomucose. Nell'*articolazione radio-carpea destra* si trovò un essudato di sinovie gialla e spessa, consistente.

Ho detto che la sezione cadaverica confermava pienamente il diagnostico fatto: devo soggiungere ch' essa rivelava anche un fatto anatomo-patologico che non era stato diagnosticato, la sinfisi cardiaca. Più volte nei cadaveri ebbi a trovarla ora parziale, limitata, circoscritta, ora estesissima, ed anche totale, nè mai in vita sono riuscito a diagnosticarla per alcuno di quei segni che pur si vorrebbero ad essa caratteristici, per il che credo che questi ove per avventura non sieno stati anche un po' preconcepiti dalla teoria, abbiano ad essere sensibili soltanto in alcuni casi fortuiti ed eccezionali, e dipendenti da complicazioni, come sarebbero le aderenze del pericardio

non solo al cuore ma anche alle parti circostanti, al mediastino, alle pleure, al diaframma, al costato, nei quali casi si capisce come vi possa essere rientramento dei precordii nella sistole, innalzamento nella diastole, e anche l'immobilità dei segni fisici precordiali in qualunque momento della rivoluzione respiratoria il cuore s'esamini (1).

L'esposto risultamento cadaverico indicò positivamente come nei ripetuti attacchi di reumatismo, e forse più particolarmente in quello occorso cinque anni prima, fosse avvenuta la pericardite; d'onde le maggiori sue sofferenze furono posteriori a tale epoca e per la estesa aderenza del pericardio al cuore e per l'aggravamento progressivo della dilatazione e dell'ipertrofia cardiaca.

Che la caccia dei briganti e 'l faticoso genere di vita

(1) Il traballamento pulsatorio dei precordii nel caso che ho esposto, come in altri che mi ricordo di avere osservati, si legava colla sinfisi pressochè completa del pericardio; si capisce però come questo segno possa esistere in tutte le gravi dilatazioni con ipertrofia, indipendentemente dalle aderenze del pericardio; le quali se sono totali ed a fortiori se parziali, limitate, circoscritte alla base ed alla superficie posteriore del cuore, possono benissimo passare inavvertite anche dopo il più accurato esame diagnostico. Solo lo studio dei rapporti delle escursioni cardiache coi movimenti del diaframma nell'in e nell'espirazione, quando potessero essere ben riconosciuti col tatto e coll'inspezione oculare, potrà servire a questo diagnostico.

Stando alle osservazioni del prof. Skoda, se vi ha aderenza del pericardio, l'apice del cuore batte sempre nello stesso luogo, mentre se il cuore è libero questo polso cardiaco corrisponde più in basso nell'inspirazione, un po' più in alto nell'espirazione. Skoda vide casi in cui nei due tempi della rivoluzioue respiratoria il cuore batteva persino ora in uno ora in altro spazio intercostale. (V. una lezione clinica di questo insigne professore, pubblicata nei numeri 6 e 7 dell'*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung. Zwölfter Jahrgang.* 1867).

militare e gli inseparabili patemi d'animo abbiano nella fattispecie dovuto contribuire a questa grave forma di cardiopatia non v'ha chi il possa negare, per poco che voglia tenere conto della storia anamnestica. La vita del soldato, massime in tempo di guerra, lo espone frequentemente a gravi cause, da cui possono sorgere le viziature organiche del cuore; moltissimi esempi ne vidi dopo il 1848 per le guerre dell'indipendenza nazionale e per quella non meno gloriosa della Crimea.

In quest'anno clinico ne trovo un caso in un ex-bersagliere, che fece la campagna di Crimea come trombettiere.

Questi, come trovo scritto nel memoriale clinico redatto dal dottor Bertetti, entrò nell'Ospedale il 18 novembre e quindi fu trasferito in clinica l'8 dicembre 1864: era nella ancor verde età di 36 anni, con apparenze di costituzione primitivamente forte, ma affralita da lunghe sofferenze; da due anni si era dato per necessità ai lavori sedentari nella fabbrica de' tabacchi, mentre prima aveva servito per ben dieci anni come trombettiere nel corpo de' bersaglieri piemontesi. Nelle giovanili età sofferse di tosse asinina e ripetutamente a 10 a 12 a 21 anno di febbri periodiche terzane d'origine miasmatica, sempre un po' difficili a vincersi, trattate colle preparazioni chinoidee e con salassi molteplici: a 25 anni per gastrite curata ebbe quattro salassi: la flogosi fu vinta solo a capo di trenta giorni; a 27 anni ebbe una bronchite vinta in 25 giorni con due salassi, e a 34 anni altro attacco di bronchite, curato con cinque salassi, che durò ben 50 giorni. Fin dall'età di 26 anni, causa la vita faticosa, e la tromba, cominciò a soffrire di cardiopalmo, che andò crescendo dopo la battaglia della Cernaia, nella quale riportò una forte contusione ai precordii da un soldato russo che il colpiva col calcio del fucile.

Poco dopo era ancora affetto di sifilide, colle forme di ulceri al pene e bubone inguinale sinistro che passò a suppurazione: la cura fu tutta locale e nessuna traccia sorse di infezione generale.

Questa fu la storia anamnestica remota: l'anamnesi prossima portava un nuovo attacco di bronchite curato sul principio di novembre con due salassi ed alcuni purganti e non vinto intieramente per sopravvenuti accessi di periodica quotidiana che ebbero luogo il 22, 23, 24, 25 novembre, e cessarono con due dosi di arseniato di potassa (10 centigrammi caduna). Guarita la febbre anche la bronchite andava a risoluzione e quando dalla mia sezione dell'ospedale veniva ad oggetto di studio trasportato in Clinica non era più nè febbricitante, nè tossicoloso. Eccone lo stato presente:

Il suo aspetto è anemico, integumenti giallo-pallidi, carni floscie, impotenza muscolare, debolezza generale, formicolìo alle estremità, dolori neuralgici vaganti, cefalea gravativa e vertiginosa. Difficile il respiro e massime l'inspirazione: nessun rantolo, nessun rumore anormale; oscurità di mormorìo vescicolare e ottusità di suono al lobo inferiore de' due polmoni. L'ispezione del torace mostra gibbosità precordiale non molto pronunciata ma abbastanza estesa: l'apice del cuore batte nella linea mammillare al quinto spazio intercostale e anche più in basso verso la sesta costa. L'impulso cardiaco è forte ed esteso, massime in corrispondenza delle cavità destre: l'area di ottusità cardiaca si estende dalla linea mammillare sinistra sino oltre il margine sternale destro: il ritmo delle pulsazioni cardiache è irregolare: il timbro cardiaco metallico, con suoni estesi, superficiali, sensibili alle regioni sterno-costale e xifoidea, velati però da un soffio dolce: questo è sensibile a sinistra ma anche più a destra, tanto nel primo che nel secondo

tempo della rivoluzione cardiaca, all'apice del cuore più intenso, meno forte ma pur sensibile alla base. Nessuna altra lesione funzionale notevole, marcato però dall'esplorazione fisica un volume preternaturale del fegato e della milza.

La diagnosi fu di ipertrofia di cuore con dilatazione a destra per lenta endocardite, con vizii valvolari molteplici (inspessamento, ateromasia delle valvole auricolo-ventricolari e sigmoidee aortiche); con complicanza di ipersplenotrofia, ingorgo lento di fegato e cacoemia secondaria. Secondaria dico e della splenopatia che facilmente per se stessa genera leucocitosi, e della viziatura organica precordiale, la quale per i disturbi idraulici del polmone e del fegato non poteva a meno di contribuire ad una viziata ematopoesi, quale avviene nella cachessia cardiaca anche indipendentemente da altra malattia de' ganglii sanguigni.

La cura fu fatta col regime ricostituente e coll'acqua ferruginosa naturale di Ceresole prima, e poi di Courmayeur. Non guariva per ciò, ma fu migliorato di molto; il cardiopalmo si rese assai meno molesto, e persistendo tuttavia i suddetti segni fisici, poteva lasciare l'ospedale il 25 dicembre. Avrei desiderato trattenerlo di più o riesplorarlo a lunghe riprese per riconoscere sino a qual punto al soffio sopra notato contribuisse lo stato di anemia, oltre ai residui materiali dell'endocardite causata dal reumatismo ed aggravata anche dal trauma sofferto alla regione precordiale, ma con mio rincrescimento nol potetti, e più nol rividi.

Ho esposte alcune osservazioni pratiche di cardiopatie che per un lato o per l'altro mi parvero più interessanti e dal lato scientifico e dal lato pratico: altre ne aggiungerei se non temessi di annoiare chi legge; quindi passo oltre e tanto più volentieri, che discorrendo di altre

malattie viscerali e narrando altri fatti clinici dovrò toccare ancora di complicazioni cardiache. Ciò valga fin d'ora per le malattie dell'apparato respiratorio che così soventi si associano colle cardiopatie; che ne sono soventi l'effetto (iperemia, catarro, edema); che ne possono essere causa (polmonite lenta, tubercolosi, versamenti pleurali); che ad ogni modo ne costituiscono sempre una più o meno grave e pericolosa complicazione. Le iperemie polmonari, o semplici ma estese, o emorragiche, o flogistiche: li forti catarri bronchiali, massime se associati a edema polmonare, aggravano sempre la condizione di chi soffre una cardiopatia organica, la quale per via idraulica naturalmente favorisce quelle condizioni morbose; e quando una lenta polmonite, con o senza tubercolosi, per gli esiti di epatizzazione, di atrofia e di suppurazione annulla gran parte dell'alveo circolatorio polmonare, ne viene che si dilatano le cavità destre del cuore; quando un versamento pleurale scosta dalla naturale sua sede il centro della circolazione; in simili congiunture, dico, si aggravano senz'altro i fatti morbosi; il perchè sulle composizioni morbose anzichè sulle entità delle speciali organopatie vuol essere sovente fondato il giudizio pronostico.

§. IV.

Malattie dell'apparato respiratorio.

Coriza — Angine — Laringiti.

Nell'intiero anno clinico non ebbi malattie degne di riguardo sulle prime vie respiratorie tranne una lenta *coriza* con polipi vescicolari osservati in una donna, la quale, ricoverata per un'altra malattia (eczema), venne già citata in questo rendiconto (pag. 141); l'estrazione dei

polipi prima dall'una poi dall'altra narice, quantunque seguita da un po' di emorragia e da leggiero scolo mucoso, tuttavia bastò per modificare il timbro della voce della donna, il quale era un po' nasale, e per renderle il respiro assai più libero.

Di *angine* non osservai che due esempi e ancora per se stessi leggieri ; uno di angina tonsillare in donna affetta da febbre iperemica, della quale discorsi a pag. 88: la disfagia, il rosseggiamento delle fauci, la tumefazione delle amigdale diminuivano fin dal secondo giorno di cura fatta con un'acqua imperiale stibiata ; persistettero i fenomeni morbosi di pletora costituzionale per i quali furono poi fatte alcune sottrazioni di sangue, ma queste all'iperemia non alla flogosi furono dirette : l'angina infiammatoria ne guariva prima e indipendentemente affatto ; di casi simili ne ho raccolti moltissimi nella mia pratica ; nelle angine, sieno pur flemmonose e a forma soffocativa, raro è che io ricorra al salasso generale, e neppure frequentemente ricorro ai locali sanguisugi : l'emetico prima, quindi pronta puntura nei casi di ascessi, mi permisero quasi sempre di farne a meno. Anche per questa malattia il salasso è per me ora un'eccezione, mentre per altri pratici anche riputatissimi del mio paese fu ed è ancora quasi una regola.

Il secondo caso di angina l'ebbi a vedere in un giovane merciaiuolo ambulante : la forma era semplicemente eritematosa con accompagnatura di febbre reumatica e l'emetico ne fece ragione in pochi giorni colla semplice aggiunta di alcuni cataplasmi emollienti alle regioni dei giugoli.

Di *laringite* occorsero tre casi, tutti nel sesso femminino, il che conferma quanto nel precedente mio rendiconto dissi a pag. 78, intorno alla maggior frequenza di questa localizzazione patologica della donna : in un caso trat-

tavasi di semplice laringo-tracheite lenta ; nel secondo la laringite era ulcerativa e associata a tubercolosi polmonare ; nel terzo sotto le apparenze di una laringo-stenosi per lenta flogosi velavasi una malattia cancerigna, che la lunga permanenza dell'ammalata nell'ospedale permise di osservare in tutte le sue fasi.

Nel primo caso il catarro laringo-tracheale era in rapporto colle cause reumatizzanti cui naturalmente, per ragione di mestiere, trovansi esposte le cuoche, e se a lungo durò, fu perciò, che duranti ben quattro mesi fu trascurata affatto una tossicola molesta con raucedine, senso di bruciore lungo il canale aereo, malessere generale, crampi, cefalea, ricorrenti accessi febbrili. La donna era giovane, robusta, polipionica, pletorica; l'esame diagnostico oltre un dolore lungo la laringe e trachea, con velamento di voce e secchezza di fauci non fece riconoscere altro di notevole tranne un leggier grado di iperemia cerebro-spinale e basilare nei due polmoni.

La febbre era moderata : polsi a 75, temperatura 37 2|5: l'uso di cataplasmi locali e alcune pozioni stibiate bastarono per ridurre i polsi a 68 e la temperatura a 36 3|5: in pochi giorni la laringo-tracheite andò a risoluzione ; cessò la raucedine, e il dolore e la tosse scomparvero; sorse una prosopalgia periodica che si dovette trattare col chinino, ma fu una semplice successione morbosa che cessò senz'altre conseguenze.

Molto più grave fu il caso di laringite associata a tubercolosi polmonare, come quella che andò all'esito suo più ordinario in tali casi, all'esito di ulcerazione.

La storia di questo fatto morboso, redatta dal dottor Pagni, è abbastanza interessante dal lato clinico e anatomo-patologico per meritare di essere qui riferita.

Una giovane filatoiaia d'anni 18, gracilissima, di tempra linfatica erettile, clorotica, non mestruata mai, entrava in

clinica il 10 dicembre 1864 al num. 355 sotto il dominio di una costituzione atmosferica freddo-umida. Quantunque presentasse difetto di sviluppo tale, per cui la si sarebbe detta appena tredicenne, tuttavia sosteneva di non aver avuto a soffrire mai malattia di rilievo prima del mese di luglio, epoca in che fu presa da tosse e sputi di sangue per le quali si era creduto conveniente (?), anzi necessario (?), di aprire ben 5 volte la vena!

Effetto di una cura fatta tanto a sproposito fu la continuazione della tosse, il depauperamento delle forze, una pallidezza a più non dire, un progressivo dimagramento, con febbre lenta consecutiva.

In tale stato riparava all'Ospedale, dopo di avere lottato lungamente contro la miseria che l'obbligava a lavorare per vivere, e contro i pregiudizi medici che in essa lei volevano proprio spegnere *l'isola di fuoco nel mare di ghiaccio*, infelice espressione d'un medico di genio, la quale doveva riuscire funesta a moltissimi malati!

Fin dalla prima visita il torace stretto ed appiattito, con ispazi intercostali molto infossati; il marasmo associato ad estrema pallidezza; la febbre spiegata, gli sputi muco-purulenti, il difetto di rumor respiratorio vescicolare e l'ottusità per un gran tratto del costato, il rantolo di gorgoglío alla sommità di sinistra, gli scrosci polmonari diffusi qua e colà, l'estensione, la superficialità e chiarezza de' suoni cardiaci, massime a destra, il soffio dolce sistolico alla base del cuore e lunghesso i grossi vasi, i sudori notturni, la diarrea, indicavano chiaramente di qual malattia si trattasse: e fu diagnosticata la tubercolosi al periodo di fusione, con clorosi.

Io non istarò a descrivere minutamente l'andamento progressivo di questo fatto morboso che fatalmente andò peggiorando regolarmente sino alla morte. Durante una permanenza di 108 giorni, cioè sino al 27 marzo 1865,

giornalmente si annotarono i fenomeni più essenziali; essi si possono riassumere in poche parole: la febbre che fu continua, nelle ore vespertine crebbe a segno che i polsi salirono anche a 136 con 48 respirazioni e una temperatura di + 39 3|5. L'espettorazione si fece più abbondante ed in essa si trovarono moltissime fibre elastiche: col crescere della diarrea e del sudore notturno crebbe l'oligoemia, e l'idroemia andò tant'oltre da dar luogo all'anasarca e insieme con esso a forte ambascia, ortopnea, affanno, senso di deliquio; il rantolo di gorgoglío si fece mano mano più esteso a sinistra e comparve anche distintissimo alla sommità di destra: punti pleuritici di tempo in tempo occorsero con manifeste invasioni febbrili a freddo: il decubito per molto tempo fu forzato sul lato destro: *la voce si fece gradatamente più fioca sino a spegnersi affatto, accompagnandosi con forti dolori alla laringe esacerbantisi alla palpazione e nella deglutizione e nell'atto del tossire: gli sputi in allora si osservarono saniosi e striati di sangue;* lo stato dell'ammalata non permise mai di sottoporla alla laringo-scopia; la diarrea continuò sempre più o meno abbondante: il sudore si mostrò veramente colliquativo; comparve negli ultimi giorni una manifestissima stomatite funghillosa e si rese ancora evidente una raccolta sierosa nella cavità peritoneale: non si trovò albuminuria. In tali frangenti, per via di uno straordinario sfinimento, con ortopnea, disfagia, assopimento, mancanza di polsi, difetto di ematosi, algidità, lentamente avvenne la morte, che certo nessun mezzo di cura avrebbe potuto scongiurare. Invano furono tentati l'ipofosfito di soda e calce, l'ictioleo, il regime latteo, la gelatina di lichen islandico, mosche volanti sul petto, codeina, amigdalina, laudano: se vi furono tregue, e senza di esse sarebbe stata impossibile una permanenza così lunga nell'ospedale, esse furono però sempre seguite da

nuovi malanni e nuove esacerbazioni, il perchè l'arte non ebbe a lodarsi che di avere contribuito a prolungare una esistenza, i cui giorni erano da tempo contati.

L'autopsia mostrava nell'*abito esterno* la già notata straordinaria macilenza: le estremità superiori erano letteralmente ischeletrite: il braccio e l'antibraccio sinistro edematosi, come pure le estremità inferiori, massime poi le gambe e i piedi; broncocele sinistro: ecchimosi cadaveriche alla regione cervico-dorso-lombare; macchie verdi di incipiente putrefazione dalla base del costato sino all'ipogastro: nessun segno di pubertà; fosse ischio-rettali profondissime, piccole escoriazioni di decubito alle tuberosità ischiatiche. Nel *capo* ossa craniane sottilissime, anemiche le meningi e 'l cervello, trasudamento sieroso abbondante nell'aracnoide e nei ventricoli ed anche nella meninge spinale; deposito di apparenza gelatinosa sotto-aracnoideo, sostanza cerebrale molliccia, plessi coroidei e tela coroidea scolorati, vene con poco sangue sciolto, arterie con alcuni grumi sanguigni. Nel *collo* vene giugulari molto distese e dilatate, molte ghiandole cervicali indurate con depositi tubercolari: aperta la faringe si trova iniettata e tumida la membrana mucosa *con molte ulcerette sulla mucosa dell'epiglottide, ulcerette pari di color bigio, a bordi sollevati e callosi, sulla mucosa che corrisponde all'apertura della glottide ed alle corde vocali; nessuna traccia di edema o laringite sotto-mucosa.* Nel *petto* abbondante raccolta di siero nel sacco pericardico, la massa del cuore piccola, flaccide e scolorate le pareti cardiache; cavità destre piene e distese da grumi neri e fibrinosi che si estendono nei grossi vasi, ventricolo sinistro con pareti spesse e capacità piccolissima. Valvole sane, sottilissime, sola la mitrale un po' ateromatosa al suo margine libero. Effusione sierosa nei due sacchi pleurali; numerose aderenze in alto massime a destra, gra-

nulazioni tubercolari sulle pleure costali come sulle polmonari; ghiandole bronchiali tumide, indurate, alcune melanotiche, altre piene di sostanza tubercolare; polmone destro scavato in alto in ampia caverna a pareti sottili e attraversata dalle diramazioni bronchiali; induramento con infiltrazione tubercolare al lobo inferiore con leggier enfisema vicario marginale; polmone sinistro pure scavato in ampia caverna al suo lobo superiore, masse tubercolari isolate con induramento nelle altre parti del polmone; enfisema e crepitazione limitati alla base e margine anteriore; membrana mucosa bronchiale inspessata, rossa, con granulazioni, senza traccie di ulcerazioni. Nell'*addome* notevole effusione sierosa peritoneale: fegato voluminoso, di colore giallo rossigno, manifestamente infiltrato di grasso; vescica biliare piena di bile sciolta, vena cava ascendente e vena porta turgide di sangue del tutto sciolto. Milza normale, principio di degenerazione lardacea dei reni che si mostrano duri, resistenti, di color giallo nella sostanza corticale. Voluminose le ghiandole mesenteriche, delle quali alcune lardacee altre come caseose: molte ulcerazioni intestinali cominciando dalle ultime anse intestinali sino al retto: tali ulcere sono larghe, dure, callose, tubercolari, coi più evidenti caratteri delle ulcere follicolari; alcune occupavano tutte le membrane intestinali, illesa la sola peritoneale; un lombricoide nel tenue intestino: mucosa del ventricolo e delle prime porzioni dell'intestino affatto anemica: macchie livide e granulazioni tubercolari in alcuni punti della tonaca peritoneale dell'intestino verso la sua grande curvatura. I *genitali* corrispondevano nelle loro parti interne al poco sviluppo delle esterne parti già notato nell'abito del cadavere.

Per molti riguardi è meritevole di attenzione quest'osservazione pratica che qui produssi come un esemplare

di laringite ulcerativa d'indole tubercolosa : essa si associò all'enterite di pari forma e di eguale natura : la tubercolosi non poteva essere più estesa nei polmoni, che occupava quasi per intiero ed a segno da ridurre a minimi termini l'area respiratoria; e non poteva essere più diffusa nell'economia, postochè le ghiandole addominali, le toraciche, le cervicali erano comprese dal fatto morboso ; è notevole la idropisia generale indipendente da albuminuria; questa, variamente cercata, non fu trovata mai nè col calore, nè coi reagenti chimici, mentre tuttavia mostravasi affetto da metamorfosi adiposa regressiva il rene, come lo era il fegato. Questo risultato necroscopico nella cachessia tubercolare è frequente, in gran parte cred'io, per effetto di circolo venoso difficile, rallentato, e circolo arterioso deficiente. Nel nostro caso ciò ben dimostrò lo stato anatomico del cuore che a sinistra si strinse, si sfiancò a destra, dando così ragione di molte figliazioni patologiche che mal si potrebbero comprendere senza l'aiuto rispettivo dell'osservazione clinica , e dell'inspezione necroscopica: le quali ci mostrano, l'una il principio, l'altra il fine dei fatti morbosi, e quindi l'intiera serie delle loro fasi, dalla patogenia ai risultati cadaverici, fasi che nelli estremi della catena patologica mostrano quanto possa essere fallace la nosologia esclusiva degli ontologisti.

Questo concetto di filosofia patologica trova anche il suo appoggio nella terza osservazione di laringite che qui mi piace riportare.

Era una soppressatrice d'anni 43, vedova, di forte e robusta complessione, che riparava all'Instituto clinico il 1° luglio , dopo di essere stata già per oltre un mese curata dall'ottimo amico mio, il cav. dott. Olivetti, altro de' medici ordinarii dell'Ospedale. La storia anamnestica remota non era gran cosa lunga : mestruata a 13 anni

non aveva sofferto malattie gravi fino all'età di 21 anno in che fu salassata 23 volte per una pleuro-polmonite destra. Narrava però come, a causa del mestiere, andasse frequentemente soggetta a lombagine ed a emicranie, per cui ripetutamente e ad epoche diverse fu sempre salassata. La malattia che ora l'aveva condotta all'ospedale era cominciata da circa tre mesi ; a suo dire , per solo effetto di cause reumatizzanti sorse una disfagia con debolezza di voce , senso di strettura alla parte inferiore del faringe, espuizione frequente di mucosità schiumose e alcune volte anche sanguinolente. La disfagia cominciò come nelle stenosi esofagee ; le sostanze solide erano da prima meglio deglutite che non le liquide , ma da poi anche il bolo alimentare non poteva discendere senza destare spasimi e dolori alla region del collo, il perchè l'ammalata s'era condannata a forzata astinenza con manifesto suo deperimento. L'alterazione della voce non era costante, a volte limpida, chiara, argentina, d'un tratto si abbassava, perdeva il suo timbro naturale e ne sorgeva quasi perfetta afonia, massime quando avesse fatto qualche sforzo di vociferazione , che riuscì mai sempre difficile e doloroso: ragione per cui l'ammalata preferiva parlare piuttosto poco e a voce molto sommessa. Vescicanti, sanguette, cataplasmi , pomate risolventi tutto era stato adoperato senza pro. E intanto la respirazione si rendeva difficile, l'ammalata era obbligata a star seduta sul letto senza potere prendere quiete nè di giorno nè di notte, e la nutrizione generale anche per questo fatto cominciava a risentirsene.

Quando l'esaminai per la prima volta, oltre la presenza dei fenomeni ora cennati, l'esplorazione diretta mi mostrava alla regione anteriore del collo , specialmente a sinistra della regione io-tiroidea, un tumore duro, del volume di un piccolo uovo di gallina, poco mobile, senza

mutamento di colore nei comuni integumenti, limitato all' esterno dal margine interno del muscolo sterno-mastoideo sinistro, non oltrepassante all'interno la linea mediana, piuttosto profondamente situato, a segno che il suo volume meglio che dalla vista doveva essere giudicato dalla palpazione; la quale era però poco tollerata e rendeva doloroso il tumore medesimo per sè indolente: la cartilagine tiroide non era spostata e solo nelle fasi ulteriori della malattia venne spinta alquanto a destra: il tumore rendevasi più evidente nell'atto della deglutizione ad un tempo dolorosa, difficile, stentata: la voce era rauca, stonata, penosa. L'esplorazione delle fauci mostrava uno stato catarrale con granulazioni della faringe: abbassando fortemente la base della lingua, nell'urto di vomito che si produsse, vidi l'epiglottide tumida, rossa, del colore di un lampone: portando il dito sulla medesima e parti vicine ebbi la sensazione di una turgescenza della membrana mucosa con induramento del tessuto sottomucoso. La laringoscopia fatta collo specchietto portato nel faringe e illuminato da forte luce artificiale fece riconoscere la tumefazione dell'epiglottide, e della mucosa che la tappezza in un coi legamenti aritenoepiglottici e corde vocali, senza traccia di neo-produzione o di ulcerazione qualsiasi. La diagnosi fu di laringofaringite con stenosi esofagea e induramento scirroideo del corpo tiroide nel suo lobo sinistro.

Lo stato generale rappresentava una condizione cachettica per difetto di alimentazione e di libera respirazione: per le lunghe sue sofferenze la donna aveva acquistata una grande mobilità nervosa, per la quale potei spiegarmi alcune neuralgie al capo ed alle estremità che vennero a molestarla e che resero necessarii alcuni torpenti *intus* ed *extus* adoperati.

La cura che tentai fu la dieta lattea, l'uso continuato di lambitivi oleosi, un caustico colla polvere di Vienna

alla regione io-tiroidea sinistra, l'applicazione diretta sulla mucosa di una soluzione satura di solfato d'allumina. Con questo trattamento si ebbero alcuni giorni di tregua della disfagia, però furono benefizi temporanei e fugaci. Quando cessai di curarla, alla metà del mese di agosto, pareva un po' migliorata, il diario clinico segnava deglutizione più facile, ma non perciò potevasi concepire speranza di esito felice. Seppi da poi che il marasmo giungeva al massimo grado con progressivo affievolimento di forze fisiche e morali. Il tumore del collo si fece alquanto più voluminoso, presentando sempre durezza lapidea, e negli ultimi mesi fu dolentissimo: alle altre doglie che miseramente torturavano l'infelice malata si aggiunsero fitte lancinanti continue al collo: la disfagia crebbe e pochi giorni prima della morte un abbondante sbocco di sangue sciolto e nerastro poco mancò non le troncasse il respiro; il decesso avvenne alla metà di novembre per lenta asfissia.

Dopo 24 ore si operava la sezione cadaverica. Nulla si rilevava di notevole nella visceratura tranne antiche aderenze pleurali e pronunciatissimo enfisema polmonare. Nel collo si trovò il corpo tiroide sano a destra, cangiato nel suo lobo sinistro in un tessuto scirro-lardaceo fittamente aderente alla tiroide nella superficie esterna dell'ala sinistra. Nel laringe si trovó una vasta ulcerazione a bordi callosi, duri, a fondo grigio, manifestamente cancerosa, estesa dall'epiglottide sino all'apertura della glottide ed alla corda vocale sinistra (1).

(1) Mi dolse assai di non aver potuto constatare col laringoscopio tutte le fasi progressive di aggravamento di questo fatto morboso e di non avere potuto presenziare la sezione cadaverica. Le notizie sommarie che ho riferite mi furono gentilmente comunicate dall'Assistente interno dell'Ospedale che per volere dell'Amministrazione durante le vacanze autunnali assunse la cura dei malati ricoverati nell'Instituto clinico.

Da questo fatto ci mi pare potersi conchiudere che lo scirro cominciò nel corpo tiroide, e per esso o dopo di esso la lenta flogosi del connettivo e della membrana mucosa laringo-faringea andò all'esito di induramento e di ulcerazione ; la quale tanto per l'indole sua cancerosa, quanto specialmente per la sede, doveva riuscire inevitabilmente fatale nel volgere di pochi mesi, indipendentemente da ogni complicazione morbosa.

Bronchite.

Tenendo conto dei soli casi ne' quali questa localizzazione patologica venne inscritta nella formola diagnostica, si ebbero in quest'anno clinico 52 casi di bronchite distinti nel modo seguente :

	uomini	donne
Bronchite vaiuolosa . . .	1	0
Bronchite semplice o catarro bronchiale acuto, primario o secondario, limitato o diffuso	17	5
Catarro convulsivo con polmonite lobulare	1	0
Bronchio-polmonite . . .	3	0
Bronchio-pleuro-polmonite . .	4	2
Bronchio-pleurite	1	1
Bronchite lenta con enfisema polmon.	2	1
Bronchite lenta senza enfisema .	1	0
Bronchite con tubercolosi polmonare	7	6
	—	—
	37	15

È notevole la differenza in meno dei casi di bronchite in quest' anno clinico osservati comparativamente al biennio antecedente. Non è più la rilevante proporzione del 36,46 per 0\|0 malati segnata nel mio precedente rendiconto (pag. 80), ma una proporzione la metà minore, cioè 18,71 per 0\|0. La costituzione atmosferica

e medica dominanti dovettero contribuire senza dubbio a questo risultato, avvegnachè nell'anno scolastico 1864-65 anche fuori della Clinica non abbia osservati tanti catarri delle vie aeree come ne aveva veduti nel biennio antecedente ; ma vi ebbe anche parte la più volte già notata maggioranza di malattie croniche ricoverate in Clinica , le quali tennero luogo di quel maggior numero di malattie acute che prima si accettavano, tra le quali la bronchite aveva un bel posto : e di vero la più notevole differenza tra il quadro delle bronchiti osservate nel biennio 1862-63 e 1863-64 e quello delle bronchiti occorse in Clinica nell'anno 1864-65, si trova appunto nel minor numero delle bronchiti acute e delle bronchio-pneumoniti , mentre maggiore fu il numero di bronchiti tubercolose.

Anche l'enfisema polmonare che è così frequente accompagnatura delle bronchitidi, massime lente, d'onde, per le facili acutizzazioni catarrali nella fredda stagione, sorgono quelle forme di catarri soffocativi così ben conosciuti già dai nostri antichi, fu assai raro in questo anno clinico : in tre soli casi ebbi a farne cenno nella formola diagnostica: in uno era a segno grave da restare abituale, determinando la respirazione così detta astmatica. Naturalmente non comprendo in questi tre casi l'enfisema vicario che nella polmonite e nella tubercolosi è così frequente; questo va considerato come puramente sintomatico; ed è piuttosto effetto di respirazione supplementaria, fino ad un certo punto utile, che non una seria complicanza e meritevole di essere considerata per la diagnosi e per la prognosi, siccome gli è quello che alla bronchite tien dietro, massime in inverno e ne'vecchi. I detti tre casi occorsero nella stagione fredda ed in persone di 46, di 54, di 65 anni.

Per rispetto all'età, i 52 casi di bronchite sopra numerati si distinguono come segue:

	uomini	donne
Età inferiore a 10 anni	2	0
da 11 a 20	5	4
da 21 a 30	10	4
da 31 a 40	8	4
da 41 a 50	8	1
da 51 a 60	3	2
da 61 a 70	1	0
	37	15

Come nel biennio antecedente i più numerosi casi di bronchite corrispondono sempre alle età di mezzo, dall'undecimo al cinquantesimo anno; con questa differenza però che le bronchiti tubercolose occorrono piuttosto nell'età giovanile mentre quelle che sono secondarie di cardiopatie, di malattie addominali (idrocisti ovariche, nefriti e va dicendo) sono più facili nell'età inoltrata. La bronchite acuta poi può manifestarsi in tutte età e massime nella età virile; la spasmodica, tra cui la tosse asinina, è più propria dell'età infantile.

Per ciò che riguarda le professioni trovo come predisponenti alla bronchite: 1° quelle che espongono alle vicende atmosferiche (guardie di pubblica sicurezza — facchini — contadini — muratori — vetturini): 2° le professioni che per la fatica accelerano la respirazione e 'l circolo e attivano la traspirazione cutanea (serraglieri — segatori — falegnami — servi — fabbroferrai — caffettieri); 3° quelle che espongono al calore raggiante (cuochi); 4° quelle che necessitano sforzi di vociferazione (merciaiuoli ambulanti maschi e femmine, erbivendole, ferravecchi); 5° le professioni sedentarie in luoghi chiusi ed in posizione curva (sarti, calzolai, cucitrici, tabaccai, compositori): dalla quale enumerazione si scorge come

per opposte condizioni di vita possa sorgere egualmente il catarro bronchiale, oltre le cause proprie e speciali endo ed estracorporee che vi possono predisporre.

Ho già ripetutamente toccato delle cause endo-corporee che producono catarri di petto: le cardiopatie, la tubercolosi, i tumori addominali, l'abito pettorale e tutto che sturba il circolo venoso vi prestano opportunità di sviluppo: tra le cause estracorporee oltre l'influenza delle costituzioni mediche che come fatto voglionsi ammettere senza poterne sempre dare plausibile ragione, v'ha ancora a considerare l'influenza stagionale: per rapporto ai mesi in che durò la Clinica, ecco i risultati statistici che riguardano la bronchite:

Mese di novembre	casi	2
dicembre	»	7
gennaio	»	3
febbraio	»	4
marzo	»	15
aprile	»	3
maggio	»	6
giugno	»	9
luglio	»	2
agosto	»	1
		52

Non è senza interesse la risultante di questo quadro: essa dimostra il maggior numero di bronchiti in rapporto colla stagione dei venti e colle più facili variazioni atmosferiche; le quali per fermo, se si toglie l'estremo freddo, sono tra le più frequenti cause occasionali del catarro bronchiale: ad esso però, come dal sin qui detto appare, concorrono momenti eziologici soventi moltiplici, i quali tutti vogliono essere presi in considerazione per una cura razionale, siccome l'osservazione clinica dimostra.

Un fatto morboso che si lega frequentemente colla

bronchite con cui ha certi rapporti di causalità è la nefritide albuminosa: un esempio marcatissimo ebbi a riferirne nel mio precedente rendiconto (pag. 151), e anche in quest'anno osservai siffatta composizione morbosa: la mi pare meritevole di attenzione ed è per ciò che amo riferirne due casi pratici, da cui, e massime dal secondo, è fatto dimostro quali e quante successioni morbose possano tener dietro ad una lenta bronchite.

Un povero illuminatore della città, d'anni 42, di tempra sanguigno-biliosa, di costituzione robusta, esposto per ragion di mestiere alle inclemenze della stagione fredda, entrava all'ospedale il 16 novembre 1864 al numero 16 ed era trasferito in Clinica, al N° 152, l'8 dicembre. Abitualmente tossicoloso da lungo tempo, egli accennava a due sole malattie di qualche maggiore importanza sofferte nelle passate età: una pustola flemmonosa al collo all'età di 12 anni, per la quale gli erano stati fatti otto salassi, ed una pleurite destra a 22 anni, trattata con cinque salassi. Ora ricorreva all'arte per una grave esacerbazione delle abituali sue sofferenze di petto: il memoriale clinico era affidato ad un giovane studente del 5° anno, di belle speranze, il sig. Sperino Felice. Eccone l'anamnesi prossima.

Fin dal 9 novembre una forte febbre con invasione a freddo il coglieva, e tosse con abbondante espettorazione e dispnea col codazzo ordinario degli altri sintomi febbrili. Prima di ricorrere all'ospedale veniva soccorso a casa sua con quattro salassi generali, un sanguisugio all'ano, due vescicanti alle coscie. Non ne ottenne vantaggio di sorta. Dal giorno dell'entrata nell'ospedale sino al giorno dell'ammessione in Clinica erano continuati sempre i segni e sintomi di esteso catarro bronchiale; espettorazione abbondante muco-purulenta, dispnea, tosse incalzante, rantoli russanti e sibilanti; difetto di rumor vescicolare e

ottusità toracica in qualche punto più basso dell'apparato respiratorio; si aggiunse inoltre un manifesto edema alle estremità inferiori, attinente, come l'uroscopia dimostrò, alla albuminuria. Le emulsioni, i lambitivi, i blandi lassativi, i rivulsivi cutanei non avevano prodotto notevole benefizio.

All'esame che ne venne fatto nanti la scolaresca si trovò per rispetto all'apparato respiratorio inspirazione difficile ed incompleta: sonoreità chiara in alto, ottusità in basso tanto a destra come a sinistra: rumor vescicolare distinto alla sommità, un po' oscuro alla regione mediana, deficiente alla parte basilare de' due polmoni, con rantoli sparsi, sonori acuti e gravi, ed umidi, sottocrepitanti: l'espettorazione abbondante, siero-muco-purulenta, un po' spumeggiante, la tosse molesta ed insistente. I polsi oscillavano tra 84 e 90, piccoli, cedevoli, vuoti; i suoni del cuore chiari ed estesi con impulso cardiaco moderato e ritmo regolare. Leggiero catarro di stomaco, anoressia, dispepsia, alvo regolare: temperatura ascellare + 37. Leggiere doglie prosopalgiche alla regione sopraorbitale e temporale sinistre con oscuramento di vista, diplopia, vista tremola, fenomeni morbosi aventi anche rapporto con una malattia oculare (lenta coroidite) sofferta due anni prima, per cui gli erano state praticate 14 paracentesi corneali: i globi oculari d'ambi i lati turgidi, duri, pupilla dilatata, congiuntiva leggiermente iniettata.

Le orine abbondanti, limpide, scolorate, di reazione neutra, d'una densità che variò tra 1,007 e 1,014, ricchissime di albumina, che si precipitava abbondante, fossero trattate col fuoco e coll'acido nitrico. La proporzione dei cloruri e dei solfati non presentò nulla di anormale, quella dell'urea fu trovata inferiore di molto alla normale: l'esame microscopico mostrò molte cellule epi-

teliali infiltrate di grasso, pochi corpuscoli sanguigni, nessun cristallo.

La cura venne fatta colla dieta lattea, coll'uso delle pillole del Meglin, col regime ricostituente, colla compressione espulsiva sulle parti edematose, e 'l vantaggio fu notevole. Scomparve la prosopalgia, cessò la tosse e con essa i segni fisici del catarro bronchiale, l'edema diminuì di molto, si migliorarono le condizioni generali della nutrizione, e quantunque persistesse pressochè immutata l'albuminuria, il 1° gennaio l'ammalato potè lasciare l'ospedale.

Consimile al precedente ma con esito funesto fu l'altro caso di bronchite associata all'albuminuria:

Un robusto facchino di anni 46, vedovo con prole, di temperamento sanguigno-bilioso, dato ad una vita faticosa assai, con un vitto abituale grossolano e poco riparatore, entrava in Clinica il 9 gennaio 1865 al N° 146. Della redazione di questa storia patologica fu incaricato il dottore G. Volonteri.

Di malattie pregresse il malato altra non ricordò che una risipola alla faccia sofferta nel 1848, curata con 9 salassi e andata a guarigione entro un mese: da due anni però si confessò tossicoloso e dispnoico, notando come la tosse che prima era stata sempre secca, negli ultimi due mesi si fosse fatta umida per abbondante espettorazione siero-muco-purulenta. Aumentando intanto sempre la difficoltà di respiro, coll'aggiunta di edema progressivo alle estremità inferiori, senso di generale debolezza e intorpidimento, malessere, offuscamento di vista, profluvio alvino; prima di avere ricevuta cura alcuna dall'arte, riparava all'ospedale.

Alla prima visita si constatò la respirazione essere difficile, stentata, con tipo addominale: la percussione dava una sonoreità superiore al normale alla sommità e

margine anteriore dei polmoni, un'ottusità assai marcata nelle parti basilari: l'ascoltazione mostrava rantoli russanti, sibilanti, sottocrepitanti disseminati, con oscurità di rumore respiratorio vescicolare anche nei punti sonori, ed espirazione prolungata. I polsi erano piccoli, stretti, a 72; i movimenti e i suoni cardiaci un po' velati dal polmone sinistro manifestamente enfisematoso. I visceri degli ipocondrii turgidi e voluminosi, l'alvo sciolto: le orine scarse, poco pigmentate, ricchissime di albumina, con una densità di 1,014: esaminatone al microscopio il deposito, esso lasciò vedere molte cellule epiteliali infiltrate di grasso e cilindretti fibrinosi. Le carni erano floscie; l'edema generale; anche alla congiuntiva notavasi un marcato chemosi sieroso; i movimenti tutti ed anche quelli delle palpebre difficili per il trasudamento sieroso nel tessuto connettivo: la temperatura a + 36.

Coll'uso di un decotto d'orzo nitrato tosto aumentò la quantità dell'orina che salse fino a due kilogrammi e più nelle 24 ore: ma ciò non impedì però un'effusione sierosa abbondante nella cavità peritoneale e la manifestazione di febbre vespertina (polsi 96, temperatura + 38, respirazioni 36), con notevole dimagramento: continuarono con poche alternative la tosse, la dispnea, la diarrea: li 22 gennaio gli sputi si fecero anche rugginosi come nella polmonite. A nulla valsero e 'l siero di latte e l'acqua ferruginosa di La Bauche e 'l regime tonico ricostituente; crebbero i segni di versamento sieroso nella cavità addominale e pettorale, le orine si resero anche di bel nuovo scarse mantenendosi sempre molto ricche di albumina. Durò però intensa la cefalea gravativa: la pelle si mantenne ognora aridissima.

Modificarono l'espettorazione e ridussero d'assai la tosse alcune mosche vescicatorie volanti; contro la diarrea ebbe un effetto palliativo l'acqua albuminosa col laudano,

poi il decotto bianco del Sydenham ed infine anche il nitrato d'argento dato per bocca (centigr. 10 in 10 pill.) e per clistere (centigr. 20). Ma frammezzo a queste alternative crebbe il deperimento fisico, e 'l morale perdette tutta la sua forza di resistenza: coll'affievolimento fisico s'accasciava anche l'animo. Persistendo la respirazione a 36; il polso a 96; la temperatura andò scemando, e discese a 35 3|5, persino a 35 1|5 alla vigilia della morte che avvenne il 17 febbraio per vero marasmo, previa la manifestazione della stomatite funghillosa che nelle diarree inveterate suole essere il principio della fine (1). Tra i fenomeni particolari notati negli ultimi giorni della vita meritano attenzione: 1° il difetto di rumor vescicolare alla sommità del polmone dove prima era soltanto oscuro; 2° l'ottusità corrispondente a questa regione prima sonora; 3° il soffio bronchiale pronunciatissimo insieme coi rantoli sonori ed umidi già notati; 4° lo strabismo superiore, unico sintomo convulsivo notato mentre la fisionomia già mostravasi scomposta, e col meteorismo cresceva il rantolo tracheale, cui non valsero a scongiurare nè 'l vino, nè la china, ned alcun irritamento cutaneo.

La sezione cadaverica venne operata circa 30 ore dopo il decesso, e come interessantissima amo trascriverne per intiero la redazione fattane dal dott. Volonteri.

L'abito esterno del cadavere macilentissimo, incavate le gote e le tempia, prominenti i zigomi, mancanza dei denti incisivi e dei primi molari alla mascella superiore: edema ai piedi: varie ecchimosi cadaveriche nelle parti declivi: traccie de' vescicanti applicati alle coscie ed alle

(1) Un esempio ne ho già riportato parlando della laringite ulcerativa, tubercolosa, V. pag. 231.

gambe ; escoriazioni di decubito in corrispondenza della vertebra prominente, della spina illiaca posterior superiore destra, del coccige : macchie verdognole sulle pareti addominali ed ai lati del costato ; cessata affatto la rigidità cadaverica. Nel *cranio* ossa molto spesse e resistenti : abbondante raccolta sierosa nell'aracnoide cerebrale e spinale : vene e seni turgidi di sangue ; arterie uote : consistenza del cervello normale con leggier punteggiamento : poco siero nei ventricoli ; plessi e tela coroidea molto iniettati. Nel *torace* turgide e piene di sangue aggrumato le grosse vene afferenti , ghiandole bronchiali voluminose e piene di sostanza melanica : membrana mucosa dei bronchi e trachea rossa, spessa, coperta da uno strato di muco siero-sanguinolento. Chiusa per aderenza completa la cavità pleurale sinistra, aderenze parziali a destra : aderenze della pleura diaframmatica sinistra con granulazioni tubercolari : versamento sieroso nel cavo pleurale destro: polmoni intieramente epatizzati ai lobi superiori, inzuppati di sangue ma crepitanti e in alcuni punti enfisematosi tanto alla base come al margine anteriore: granulazioni tubercolari sparse così nei lobi epatizzati come nelle altre parti del parenchima polmonare. Pericardio libero da ogni effusione: flaccido il cuore con pareti sottilissime a destra, spesse a sinistra: orecchietta e ventricolo destri pieni di grumi e coaguli estendentisi anche ne' grossi vasi: cavità sinistre ristrette e contenenti pochi grumi : valvole aortica, mitrale e tricuspidale leggiermente inspessate per ateromasia. Nello *addome* raccolta sierosa peritoneale: fegato voluminoso, molliccio con macchie tendinee e granulazioni tubercolari alla sua superficie, parenchima ingorgato , livido. Vescica biliare distesa da bile sciolta, acquosa. Milza epatizzata con volume doppio del normale, resistente, dura come nella degenerazione amiloide : ghiandole mesente-

riche dure, voluminose, lardacee con granulazioni tubercolari sulle pagine del mesenterio: la membrana mucosa gastro-intestinale anemica, molliccia: in alcuni punti arborescenze vascolari marcatissime ed ecchimosi sottomucose con granulazioni ed ulcerazioni nel tenue intestino: ulcere follicolari in corrispondenza della valvola ileo-cecale e del cieco intestino con inspessimento e induramento delle tonache intestinali. Rene destro del peso di grammi 260, sinistro di grammi 275 con sostanza corticale tumefatta, ipertrofica, giallastra, dura, resistente al taglio, massime dal lato sinistro. Vescica piena di orina contenente molta albumina e numerosi corpuscoli di grasso e cilindretti granulo-adiposi. L'esame microscopico fatto dal dottore Saviotti, settore anatomico, dimostrò nei reni i canaletti uriniferi qua dilatati, forniti di sinuosità varicose; là ristretti, raggrinzati, atrofici: gli epitelii infiltrati di grasso: masse granulose cosperse di pigmento: nelle capsule di Malpighi e presso i tubi uriniferi atrofici tessuto laminare lussureggiante: coll'acido solforico e colla tintura jodica in alcuni punti del rene si trovò una leggiera reazione amiloidea. Infiltrazione grassosa fu pure trovata tra le fibre muscolari del cuore senza vera sostituzione adiposa nel sarcolemma. Nel fegato lussureggiante il tessuto laminoso con cellule epatiche piccole, sformate, invase da granuli grassosi. La stessa ipertrofia del connettivo fu trovata nei lobi superiori dei polmoni, alla superficie de' quali per un tratto di un buon centimetro era scomparsa ogni traccia di vero parenchima polmonare. La sostanza tubercolare infiltrata si presentò disposta a grossi nuclei.

In entrambi questi casi la lunga catena morbosa ebbe manifesto cominciamento da un lento catarro di petto: la difficoltà, l'ostacolo alla circolazione dell'aria nei bronchi, del sangue nei polmoni ne sono la prima conseguenza:

enfisema e congestione polmonare producono dispnea; e molte successioni morbose ne avvengono, congestioni varie flogosi viscerali, alterazioni nei processi nutritivi, degenerazioni, infiltrazioni adipose, versamenti sierosi, depositi tubercolari e simili metamorfosi organiche regressive che negli organi cambiano l'indirizzo naturale dei processi trofici e per rapporto a tutta l'economia ingenerano tisi, marasmo, febbre lenta, consunzione.

Studiando in questo modo i fatti morbosi dal loro primo principio agli ultimi esiti, tenendo conto delle varie fasi che percorrono le malattie, osservandone le singole organopatie e la forma patologica generale; confrontando l'esatta osservazione clinica giornaliera coi dati anamnestici e coi postumi risultamenti necroscopici egli è facile, credo, renderci superiori agli errori, alle esagerazioni, alle artificiali limitazioni, ai confini troppo angusti e al tutto preconcetti degli ontologisti, dei nosologi, dei trattati scolastici, delle monografie di cui è colpa soventi l'obbietività unilaterale!!

Consensus unus, consentientia omnia. L'ho già detto e lo ripeto, avvegnachè la solidarietà delle funzioni (1)

(1) La formola scientifica del consenso generale delle parti col tutto potrebbe facilmente essere presa come formola vitalistica, ed in allora esprimerebbe accentramento, unità, potere direttivo supremo, autonomia, autocrazia: ma l'organismo vivente non si regge a monarchia, bensì, giusta il concetto del Wirchow, per una vera confederazione, ed è in questo senso ch'io concepisco la solidarietà delle funzioni come espressione di consenso, di armonia, di legame delle singole parti col corpo intiero; il quale nel suo insieme vuol essere considerato quale la risultante della vita funzionale di molti organi, tutti cospiranti ad un fine, che può mancare od essere radicalmente modificato, quando uno o più deviino dal loro indirizzo fisiologico.

tanto in istato di sanità come in stato di malattia sia il vero punto da cui devono partire ed a cui devono arrivare gli studi scientifici e pratici della medicina, che è la prima fra le scienze naturali. Considerando la patologia sotto questo punto di vista, forse l'unico vero per rispetto alla clinica, nessuno vorrà farmi appunto se nel decorso del mio rendiconto, lasciate in disparte le entità nosologiche, presi in considerazione bensì le organopatie, ma per mera necessità d'ordine, a segno che non mi vi attengo poi esclusivamente nel riferire le mie osservazioni cliniche. Queste in genere come ognun sa, non comprendono una sola ma più organopatie, quindi è naturale che io le riferisca in quei capitoli nei quali meglio stimo poterne trarre partito per qualche utile corollario; quantunque benissimo potessero essere anche altrove collocate. Lo stesso fatto morboso secondochè lo si vuole studiare nel suo principio o nella sua terminazione, nel suo sviluppo o nelle varie sue fasi, nelle sue localizzazioni o nell'insieme; secondochè lo si considera o nella patogenesi o nel periodo di stato, o per la diagnosi, o per la prognosi o per le indicazioni curative, può dar luogo ad interpretazioni diverse e degli effetti e delle cause, che soltanto può far comprendere esattamente la sintesi clinica rigorosa, spassionata, scevra da preconcette opinioni.

La verità di questi principii sorge spontaneamente da tutto il rendiconto che sto scrivendo, e benissimo lo dimostra il seguente esempio di tosse convulsiva, bronchite o catarro spasmodico che dir si voglia, il quale prese le forme da principio di una grave bronchio-polmonite lobulare con enfisema collaterale.

Un bambino di 5 anni, di buona costituzione, di temperamento linfatico-sanguigno, entrò in Clinica l'11 febbraio 1865. Vaccinato con successo, a detta di suo pa-

dre, aveva sofferto la rosolia volgare un anno prima ed ora da venti giorni in seguito ad influenze atmosferiche (repentini cangiamenti di temperatura), veniva preso da tosse, che, moderata da principio, si faceva da poi più molesta, più intensa, ricorrendo per accessi; siccome in città vi erano in quel turno alcuni casi di tosse asinina, si interrogò il padre se per avventura il suo bambolo già ne avesse sofferto, ed egli rispose di ignorarlo perfettamente. Nelle prime visite si constatò uno stato manifestamente febbrile: il polso a 120, la temperatura a + 38 4|5, la respirazione affannosa, ansante, frequente a 51 : la faccia suffusa e tumida massime negli sforzi di tosse, che di tempo in tempo ripigliano con violenza ; torace irregolarmente sonoro, in alcuni punti più, in altri e massime a destra meno del normale: rantoli sibilanti, russanti, sotto crepitanti e in alcuni punti di destra anche crepitanti : soffio bronchiale : difetto di rumor vescicolare : rara e scarsa espettorazione siero-mucosa, a volte striata di sangue sotto gli urti di vomito che l'accompagnavano: suoni del cuore chiari ed estesi massime a destra : ventre teso: ipocondrii turgidi ; alvo chiuso ; inappetenza assoluta : negli accessi di tosse più violenta oltre i vomiti, la lacrimazione, l'epistassi, occorse a volte anche l'enuresi.

La cura venne fatta col regime dietetico rigorosamente negativo, con cartoline di tartaro stibiato, poi col calomelano unito all'oppio, infine colle polveri del Dower e col sciroppo del Boulay. L'andamento della malattia non fu regolare e parabolico, ma corse con alternative ed esacerbazioni che notate nel diario clinico stimo inutile qui riferire e per amore di brevità si possono tacere : solo noterò come dagli emato-catartici siensi ottenute benefiche scariche alvine e l'espettorazione siasi fatta muco-purulenta e i polsi sieno discesi a 85, la respirazione a

40, la temperatura a + 36 e qualche frazione. Gli accessi di tosse continuarono intensi e violenti accompagnandosi con un colore livido della faccia e frequenti epistassi, ma gradatamente si fecero più radi per modo, che sul principio di marzo già restava molte ore senza punto patirne, e risvegliavansi le funzioni del ventricolo a segno da permettere di concedergli un'alimentazione sempre più ristorante: giovò assai il regime latteo. La persistenza di rantoli sibilanti e sottocrepitanti, anche molto tempo dopo che era cessata la dispnea e l'affanno, porgeva indicazione di qualche rivulsivo cutaneo, e una pece di borgogna al dorso ne fece ragione. Una circostanza degna di attenzione quella si fu, che nel mese di marzo e mentre ogni sintomo febbrile, ed ogni segno di polmonite erano cessati, gli accessi di tosse ricorrevano più intensi e più frequenti di notte tempo che non di giorno: piccole dosi di estratto di belladonna calmarono questi ultimi residui di tosse convulsiva e dopo una permanenza di 61 giorno, il 12 aprile il ragazzino ardito, vispo, perfettamente risanato, con libertà completa del respiro, e senza tosse affatto veniva licenziato dall'Ospedale.

Questo fatto del quale tenne nota il dottor Augusto Pertile in allora studente del 5° anno, si presentò interessante specialmente sotto il punto di vista diagnostico: quando il bambino entrò nell'Ospedale, la febbre, l'affanno continuo, la massima frequenza del respiro, i segni fisici e razionali, la causa occasionale conosciuta, d'indole reumatica, indicavano palesamente una bronchite diffusa con polmonite lobulare ed enfisema polmonare: l'andamento un po' saltuario fu quale si ha nelle polmoniti lobulari, che successivamente prendono sviluppo in varii gruppi cellulari di parenchima polmonare.

Ma la ricorrenza della tosse ad accessi; l'ipertosse

osservata per casi sparsi in città ; la mancanza forse di alcuna precedenza morbosa capace di togliere la predisposizione alla tosse convulsiva, ne lasciavano fin da principio qualche dubbio nel caso concreto : dubbio, che, dopo l'osservazione di pochi giorni, non tardò a convertirsi in realtà per le ulteriori fasi del fatto morboso. Ella è cosa ordinaria di vedere nella coclussia il periodo catarrale più o meno prolungato precedere il periodo convulsivo, di rado però questo catarro bronchiale va sino alla bronchio-polmonite ; la quale più di spesso vediamo sorgere nel decorso assai lungo della pertosse. Essa appunto si rende pericolosa nei bambini, specialmente per le bronchiti capillari e le flogosi polmonari che ne la complicano come malattie secondarie ; le quali per ovvie ragioni sono pericolose assai più che non le polmoniti primarie, potendo queste, come nel caso nostro, con una cura opportunamente diretta, riuscire a felice risultato malgrado la persistenza degli accessi di tosse asinina.

Ho già parlato sopra della facile concomitanza dell'enfisema polmonare colle bronchiti, e della respirazione astmatica che ne è la conseguenza : a volte questo speciale disturbo dell'atto respiratorio conosciuto col nome di astma ricorre ad accessi, ed in allora, quale neurosi respiratoria acquista importanza nella formola diagnostica ; in tali casi la condizione anatomo-patologica non è soltanto l'enfisema polmonare ma vi ha soventi ancora cardiopatia complicante, come dimostra il seguente fatto clinico del quale tenne conto il dottore Musizzano.

Una merciaiuola d'anni 54, corpulenta, di tempra linfatica, di mediocre costituzione, entrava in clinica il 15 marzo 1865 al num. 353 ; mentre dominava una costitazione atmosferica freddo-umida e regnavano malattie reumatiche. Nelle prime età aveva sofferte alcune febbri eruttive, tra cui il vaiuolo, del quale porta leggiere stim-

mati sulla faccia: mestruata a 18 anni lo fu sempre regolarmente ed abbondantemente: solo a 24 anni ebbe un'amenorrea per cinque mesi in seguito ad un patema d'animo (paura). A 26 anni prese marito ed in 7 anni ebbe 5 parti, tutti laboriosi ed alcuno anche con presentazioni anormali, per cui l'arte doveva soccorrerla. All'epoca critica, dai 40 ai 50 anni sofferse ripetute malattie infiammatorie di petto (pleuriti e polmoniti) per cui fu sempre molte volte salassata. A 51 e 53 anni ebbe anche attacchi di reumatismo articolare. Di più soffre tuttora di cronica cheratite con panno vascolare, più pronunciato a sinistra, ma notevole anche a destra, per cui ne va lesa non poco la sua facoltà visiva. Da sei mesi inoltre, dopo l'ultima malattia articolare, si trova in uno stato di malessere generale con sommo abbattimento fisico e morale, tosse, affanno, dispnea; di più accessi notturni di stringimento al petto, oppressione retrosternale e senso di soffocazione che la obbligano a scendere dal letto; e cardiopalmo e capogiri, cui si aggiunsero negli ultimi giorni anoressia, disoressia, e leggier edema tanto al lato interno delle coscie come al dorso ed alle natiche. L'ammalata aveva preso un'infusione di digitale per parecchi giorni, ma senza pro.

Alla prima visita oltre ai segni e sintomi già raccolti nell'anamnesi prossima si constatò la presenza di tosse violenta, secca, senza benefizio di espettorazione, esacerbantesi nei movimenti tutti che accelerano l'azione del cuore: affannato e difficile il respiro a 32 rivoluzioni per minuto: alla percussione il torace sonoro anche più del normale, massime al margine posteriore dove corrispondono difetto di rumor vescicolare, espirazione prolungata, pochi rantoli sonori ed umidi (catarro con enfisema): movimenti del cuore accelerati con suoni chiari e impulso assai poco energico, sensibile alla sola

regione sterno-epigastrica: oscuri i suoni a sinistra, con rumore di soffio sistolico alla base, esteso lungo l'arto dell'aorta; non è possibile riconoscere dove batta l'apice del cuore: non v'ha gibbosità precordiale: ottusità cardiaca assai circoscritta a sinistra, più estesa a destra (adiposità del cuore con dilatazione delle cavità destre, ateroma con deposizioni calcaree sulle valvole sigmoidee e lungo l'arco dell'aorta). Quest'ultima parte del diagnostico del vizio precordiale venne confermata dalla lentezza, piccolezza ed irregolarità dei polsi. La cefalea, la faccia suffusa, il turgore delle vene giugulari, l'anoressia, la dispepsia, l'estensione oltre al normale delle aree epatica e splenica, un leggier grado di albuminuria, l'edema alle parti declivi trovavano spiegazione nella difficoltà del circolo venoso, che doveva essere stata anche aggravata in ispecie dagli ultimi accessi astmatici notturni accennati dall'ammalata.

Essa stette nell'Ospedale 42 giorni: non ebbe mai febbre e dagli accessi notturni non fu assalita mai. La cura consistette quasi tutta nella permanenza delle sale cliniche, nel riposo cioè, nel regime dietetico, nella calma morale, nell'evitare le vicende dell'aria esterna. Con sole 6 sanguette applicate ai vasi emorroidali da cui si ebbe abbondantissimo scolo, coll'aggiunta di poche bevande temperanti e demulcenti, cessò la tosse e l'affanno, scomparvero i segni statici relativi all'organo del respiro, continuarono soltanto, con poca modificazione, quelli relativi al centro della circolazione; il polso tuttavia si fece più espanso e libero e meno irregolare: l'edema e l'albuminuria scomparvero prontamente.

Gli autori ammisero un *astma cardiaco*: il caso narrato meriterebbe forse tal nome? Il catarro bronchiale e l'enfisema polmonare, i disturbi di circolo venoso e li edemi erano secondarii della cardiopatia, ma postochè

presto cessarono, questa pur rimanendo, in parte dovettero trarre la loro origine dagli accessi di soffocazione, dei quali l'ammalata fece esposizione mentre raccogliemmo la sua storia anamnestica; comunque sia, primario o secondario, nell'astma v'ha sempre enfisema o permanente o temporaneo, ed è per ciò che questa forma morbosa vuol essere considerata come legata alle organopatie respiratorie: le quali sono spesso associate e complicate alla lor volta colle cardiopatie. Sia che queste le precedano o le conseguitino, è tanto il rapporto funzionale, sono così intimi i legami nervosi, e vascolari tra cuore e polmone che le più gravi organopatie endotoraciche sono soventi *pneumo-cardiache* da legittimare il connubio delle parole che compongono la formola — *astma cardiaco.*

Il difficile respiro nei tossicolosi ed astmatici mentre rende difficile la circolazione venosa del collo a segno da produrre una manifesta flebectasia, è occasione non rara di ipertrofia della tiroide, la quale si gonfia ad ogni forzata espirazione, come vediamo nei facchini e nelle donne in sopraparto: ma l'effetto diventa anche qui cagione: e la pressione che la tiroide indurata, voluminosa, ipertrofica fa, non tanto sulla laringe e trachea come soventi si crede, e come sta scritto negli articoli di riforma della leva militare, ma sui nervi pneumo-gastrici e ricorrenti, viene a determinare gravi dissesti respiratorii con forme di astma, oppressione di respiro, afonia, e va dicendo, come risulta dal seguente fatto raccolto nella mia clinica dal dottor Chiappé Alessandro.

Un limatore del nostro arsenale, d'anni 21, tarchiato, robusto, dato a forti esercizi muscolari, pel mestiere faticoso che esercita, entrava in Clinica il 9 giugno 1865 al numero 139.

Nelle prime età ebbe a soffrire rosolia, catarri gastro-intestinali, elmintiasi, otitidi catarrali, e a 17 anni am-

malò di lombagine, curata con irritamenti locali e rimedi antireumatici. Da otto anni soffre abituale epistassi e ad un tempo si accorse di progressivo aumento nel volume della ghiandola tiroidea che presentasi con forma trilobata e consistenza piuttosto dura: dopo questo intumidimento la respirazione si rese difficile, rumorosa massime negli accessi di tosse, e soventi ricorsero subitanee mancanze di voce. Nel gennaio 1865 volendo festeggiare la sua riforma dal servizio militare si abbandonò a stravizi e si espose a cause reumatizzanti per cui fu colpito da tosse violenta con abbondante espettorazione mucosa ed afonia quasi completa. Non avendo fatta cura di sorta da poi li accessi di tosse, e l'afonia subirono molte alternative, durando due o tre giorni per cessare e riprodursi più volte per l'influenza di nuove cause esterne. Fu per essersi esposto alle medesime il 5 di maggio, che fu assalito ancora da accessi frequenti e violenti di tosse, con cefalea, brividi di freddo, vampe calorose alla faccia, dolore pungente alla regione mammaria destra, crampi alle estremità, sudore abbondante, assoluta inappetenza, come nelle febbri reumatiche avviene e nelle catarrali.

E questo stato febbrile perdurava alla prima visita: temperatura 38, polsi 88, respirazioni 30: esse presentavansi inoltre interrotte, spasmodiche, con tosse frequente, ad accessi violenti e pochissima espettorazione siero-mucosa: l'atto respiratorio per poco fosse forzato diventava rumoroso e russante; rantoli sonori gravi si udivano alla divisione dei due bronchi con mormorio respiratorio vescicolare normale per gran tratto dei due polmoni, oscuro soltanto a destra e nella parte più bassa; espirazione prolungata: sonoreità toracica normale dappertutto, anzi esagerata alquanto alla base del polmone destro (catarro spasmodico con astma ed enfisema polmo-

nare circoscritto). Nulla di notevole al cuore tranne il timbro metallico e 'l ritmo frequente.

Per rapporto ai centri nervosi e loro dipendenze si trovò un punto neuralgico alla regione sopra orbitale sinistra, con agitazione, smania, insonnia, crampi molestissimi, più pleurodinia alla regione mammaria destra, miodinia alla scapola dello stesso lato.

Nell'apparato gastro-enterico leggier grado di catarro diffuso con enteralgie: nell'apparato uropoietico orine cariche e brucianti.

Le prime indicazioni volevano essere dirette allo stato febbrile reumatico e catarrale, e presi tosto ad amministrare epicratiche dosi di tartaro stibiato (0,05 al giorno per tre giorni di seguito). Se ne ebbero abbondanti scariche alvine e sudore, con diminuzione di tutti i sintomi, polsi a 80, temperatura a 37 3|5, respirazioni a 28 e più facili e con minor violenza di tosse. La cura venne continuata con lambitivi oleosi ed aconito, i polsi discesero sino a 48, la temperatura 36 3|5, il respiro si fece libero affatto, e non fu più russante, cessarono i rantoli, cessò ogni spasmodia, cessò la tosse. Allo scopo di diminuire se possibile il volume del gozzo e la pressione di esso sui nervi pneumo-gastrici e ricorrenti d'onde ci parve potere trarre spiegazione nel nostro caso e della respirazione astmatica e dell'enfisema, esacerbantisi per minimi catarri di petto, ricorremmo all'uso dell'acqua iodica e solforosa di San Genisio all'interno e della pomata di ioduro di potassio iodurata all'esterno.

L'ammalato stette soli 10 giorni all'Ospedale, ma gli si raccomandò la continuazione di questa cura risolvente: sarà essa riuscita a liberarnelo dall'astma? V'ha luogo a dubitarne; sia per la poca costanza che in genere si ha per simili cure: sia per l'ipertrofia e le altre mutazioni istologiche intime della tiroide che non tanto fa-

cilmente percorrono fasi regressive e ritornano sui loro passi, e restando permanenti tendono naturalmente ad insemprare ed aggravare la compressione sui nervi della respirazione, per cui tanto spesso vediamo i gozzuti nei gradi più elevati e nei periodi più avanzati restare permanentemente astmatici; mentre nei gradi minori e nel principio del broncocele i fenomeni astmatici ricorrono ad accessi come le neurosi tutte colle quali soventi si associano. Quest'associazione che nel narrato caso fu abbastanza notevole ci dà ragione della forma spasmodica che negli astmatici prende soventi la bronchite, e della facilità con che sintomi anche imponenti a volte si vedono cessare e senza crisi determinate, precisamente come nelle neurosi osserviamo.

La difficoltà di respiro nei gozzuti astmatici si spiega facilmente per la paresi che determina la pressione dei nervi pneumo-gastrici e ricorrenti; la paresi dei primi dà lo sfiancamento, il rilasciamento dei muscoli bronchiali e quindi prolungamento di espirazione, dilatazione delle cellule polmonari (enfisema vescicolare), o rottura delle medesime (enfisema interstiziale) : la paresi dei secondi dà impotenza ai muscoli dilatatori della glottide (tiro-aritenoidei) e quindi quel rumor inspiratorio a timbro russante che è caratteristico degli astmatici, e dipende dal maggior fregamento che l'aria esercita sulle pareti laringee ogni qual volta queste non permettano libero il passaggio dell'aria inspirata. La paralisi di che discorriamo e che dà l'enfisema polmonare non è rara cagione anche di gravissime polmoniti che negli astmatici occorrono.

Malattie del polmone.

Polmonite.

Facendo la somma dei casi di bronchio-polmonite, di bronchio-pleuro-polmonite già cennati nel quadro delle bronchitidi, e dei casi di polmonite semplice e di pleuro-polmonite ; lasciando per ora in disparte la polmonite lenta tubercolosa, per parlare soltanto della polmonite catarrale, della polmonite congestizia, della polmonite croupale ; in complesso nell'anno clinico se ne ebbero 28 casi, 7 tra le donne, 21 tra i maschi : i quali ultimi pertanto alle diverse flogosi acute del polmone sono di gran lunga più predisposti, come già notai nel precedente mio rendiconto. In ordine alle tre varietà succennate di polmonite acuta ecco le proporzioni osservate :

	uomini	donne	totale
Polmoniti catarrali	7	3	10
Polmoniti congestizie	3	0	3
Polmoniti croupali	11	4	15
	—	—	—
	21	7	28

Per rapporto alla sede si osservarono dieci casi di polmonite bilaterale a cui riferisco 7 casi di polmonite catarrale, e quello di polmonite lobulare già riportato sopra : gli altri due furono casi di polmonite congestizia. Dei 18 casi di polmonite unilaterale 11 furono a sinistra, 7 a destra. Delle 7 polmoniti destre 6 furono

associate a pleurite: delle 11 polmoniti sinistre sole 5 per contro ebbero socie la pleurisia.

Relativamente ai mesi compresi nell'anno clinico si trovano le seguenti cifre:

Novembre	0
Dicembre	1
Gennaio	2
Febbraio	1
Marzo	7
Aprile	1
Maggio	6
Giugno	4
Luglio	5
Agosto	1
Totale	28

Da questo quadro si scorge come la metà dei casi sieno occorsi nella stagione primaverile e come l'estiva n'abbia presentati molti più che non l'inverno.

Tutte le età pagarono poco presso eguale contingente alla malattia, come si può scorgere dalla tabella che segue:

Al disotto di anni 10	2
da 11 a 20	6
da 21 a 30	3
da 31 a 40	5
da 41 a 50	5
da 51 a 60	5
da 61 a 70	2
	28

Le professioni più colpite furono le faticose e quelle

che espongono ad ogni esterna vicenda, come dimostra la seguente enumerazione:

Serve	5	
Contadini	3	
Erbi e fruttivendoli	2	
Muratori	3	
Cocchieri	2	
Pristinaio	1	
Stalliere	1	
Fabbro-ferraio	1	
Guardia di pubblica sicurezza	1	
Falegname	1	
Segatore	1	
	—	—
		21
Di professione sedentaria si ebbero:		
Calzolai	2	
Tabaccaia	1	
Lavorante ne' zolfanelli	1	
Tessitore in seta	1	
Tipografo	1	
Senza professione (ragazzo d'anni 5)	1	
	—	—
		7
		—
Totale		28

I malati di polmonite complessivamente considerati ebbero nell'ospedale una permanenza di 724 giorni, che divisi per 28 dànno un quoziente di 25 giorni: queste cifre costituirebbero adunque la loro permanenza media: gli estremi pel minimum furono di 5, 8, 10, 12 giorni, pel maximum 74, 61, 57; errerebbe a partito però chi accettasse queste ultime cifre senza beneficio di inventario; risulta di fatto che i malati cui si riferiscono stettero nell'ospedale molto tempo dopo guariti della pneumonia, l'uno per una grave cardiopatia, il secondo per la tosse asinina, il terzo per una ischiade. Facile sarebbe moltiplicare simili esempi che naturalmente vengono a scemare di

molto la cifra reale della durata della polmonite. Questa per essere matematicamente precisa vuol essere calcolata cominciando dall'invasione sino alla perfetta risoluzione del fatto patologico, e quantunque questo calcolo *esattissimo* non sia sempre fattibile, credo non andar lungi dal vero asserendo, che la durata massima della polmonite acuta, quando va a risoluzione, può calcolarsi a 14 giorni circa, i quali formerebbero il periodo ciclico di questa malattia considerata indipendentemente dai possibili suoi esiti e nella sua varietà tipica che è la polmonite croupale; i casi di durata minima di cui ho fatto parola e che sono innegabili, si riferiscono a polmoniti o congestizie, o circoscritte, parziali, lobulari, le quali esser possono tanto lievi da passare inosservate in clinica e nei casi di decesso per altra malattia trovarsi poi nei cadaveri rappresentate da noccioli di epatizzazione.

Dei 28 pneumonici entrati in Clinica morirono 3, gli altri guarirono tutti perfettamente senza sensibili reliquati patologici, se si eccettuano le morbose aderenze pleuro-polmonari nei casi di complicante flogosi pleurale. La mortalità fu adunque del 10,71 p. 0[0 e quantunque la sia abbastanza favorevole per il metodo di cura adoperato, mi affretto a soggiungere che essa, quando non alla sola cifra, ma alla entità e natura dei processi morbosi ed alle vere cause della mortalità si voglia badare si mostra ancora superiore di molto al vero. E difatti uno di quei decessi si riferisce più che alla pneumonia alla febbre tifoide che l'accompagnava; l'altro fu effetto di meningite, che venne colle migliari a complicare il corso di una pleuro-polmonite destra già per sè grave ed estesa a tutto il polmone; il terzo è dovuto più specialmente alle conseguenze di una cardiopatia organica, che aggravò e restò aggravata dalla polmonite, la quale per se stessa sarebbesi potuta risolvere. Del

primo caso ebbi già a farne parola trattando della febbre tifoide: degli altri due, comechè interessanti assai, amo riferirne per sommi capi le osservazioni cliniche. Ecco il caso di *pleuro-polmonite destra con febbre migliare e meningite.*

Un muratore d'anni 42, di buona costituzione, di tempra biliosa, molto macilento, abusatore di liquori, entrava all'Ospedale il 20 giugno 1865 al num. 154: ne raccoglieva la storia il dottor Ottini. Nel memoriale clinico notavansi quali precedenze morbose: 1° febbri periodiche sofferte a 13 ed a 22 anni, curate la prima volta con 3 salassi, e la seconda guarite spontaneamente: 2° una bronchite sofferta nel marzo ultimo curata con 2 salassi, e guarita prontamente. La malattia attuale cominciava il 16 giugno con nausee, vomiti, brividi di freddo, dolori contusivi alle membra, febbre spiegata, cefalea, fenomeni prodotti da disordini dietetici e che cessavano nel dì successivo dietro molte scariche alvine procurate dall'olio di semi di ricino. Nel pomeriggio del 17 potè riprendere il lavoro e stette bene ancora il 18; ma nel giorno 19 ricomparve la febbre, e a questa tenne dietro un dolore alla base del costato destro, per cui ricorse all'Ospedale.

Alla prima visita la circolazione era frequentissima; polsi a 120, la temperatura a + 39, le respirazioni 36 con inspirazioni stentate, difficili, incomplete: alla base e margine posteriore del costato destro difettava il rumor respiratorio vescicolare ed in sua vece erano distinti il fregamento pleurale e 'l rantolo crepitante: la percussione dava suono molto ottuso e per un buon tratto: le orine sedimentose, rosse, scarse, con una densità di 1021: la lingua fecciosa rossa ai bordi, anoressia, dispepsia, sete: la cefalea gravativa con oscuramento di vista.

Si prescrisse, oltre l'astinenza rigorosa, un cataplasma

sul luogo dolente ed una pozione stibiata (0,05), con pillole di ghiaccio.

21 *matt.* Dopo abbondanti evacuazioni alvine, persistendo gli altri sintomi, i polsi erano a 110, le respirazioni 34, la temperatura 38. — Stesse prescrizioni.

Sera. Molte vomiturizioni : polsi a 110, temperatura 39, respirazioni 40.

22 *matt.* Sputi rugginosi, respirazione a 37, polsi 98, temperatura 38. — Stesse prescrizioni.

Sera. Somma prostrazione, sputi siero-mucosi abbondanti, nausee, vomiti : polsi a 90.

23 *matt.* Nessun mutamento nei segni e sintomi pettorali, cefalea vertiginosa e gravativa : evacuazioni alvine e sforzi di vomito : abbondante espettorazione siero-mucosa sanguinolenta : polsi a 110, temperatura 38, respirazioni 38.

Sera. Calore accresciuto a 38 2|5, R. 40, polsi 90. Continua il dolore al costato, cefalea più intensa, e calore al capo urente : per ovviare ad ogni ulteriore manifestazione cerebrale si prescrive il calomelano che si ripete ancora il giorno 24 (dose totale gramma 1 e 40 centigrammi). Con questa prescrizione, da cui si ebbero abbondantissime evacuazioni, pur non si potè prevenire il delirio che cominciò nella notte dal 24 al 25. Si applicò il ghiaccio sul capo, si ricorse ad alte dosi d'acqua coobata di lauro ceraso, pure continuarono sempre più gravi i sintomi, l'espettorazione siero-mucosa spumeggiante e sanguinolenta, l'ottusità e 'l difetto di rumore vescicolare più estesi, forte rumor di soffio bronchiale, delirio alternato con sopore, temperatura 39 2|5, pulsazioni 107, respirazioni 48.

26. In tali condizioni di cose vedendo dichiaratamente l'insorgenza di una meningite si riprese il calomelano; si continuò la cuffia piena di ghiaccio sul capo e si applicarono 20 mignatte ai vasi retromastoidei.

27. Scolo emorragico abbondante con qualche momentaneo sollievo nei sintomi cerebrali: polsi a 100 nel mattino, a 120 nella sera, temperatura 38 2|5, R. 40: abbondante sudore con eruzione di migliari argentine ai giugoli, alle ascelle, alla parte anterior laterale del petto e dell'addome, somma prostrazione di forze, affanno, ortopnea, istupidimento. In considerazione dell'adinamia e anche dell'abitudine si concedette qualche cucchiaiata di vino.

28. Delirio, sudore profuso con nuova eruzione di migliari; polsi a 95: R. 48, t. 37 1|5. Dappoi le forze andarono successivamente scemando malgrado l'uso di bevande eccitanti (infuso di poligala, vino) e il giorno 2 luglio, dopo soli 12 giorni di permanenza nell'Ospedale, spirava l'anima sua per lenta asfissia.

Autopsia 18 ore dopo il decesso. — *Abito esterno.* Rigidezza cadaverica con ecchimosi pronunciatissime alle regioni cervico-dorso-lombare e glutea: un ganglio al poplite sinistro che era stato rimarcato in vita si trovò pieno di una sostanza gelatiniforme. *Capo.* Iniezione venosa molto marcata nelle meningi, con essudato e granulazioni sotto-aracnoidee albumino-fibrinose nella parte più alta degli emisferi in vicinanza del corpo calloso, nei plessi coroidei e nella tela coroidea: poco siero nella cavità dell'aracnoide, grumi e coaguli sanguigni nel seno longitudinale e nei laterali: consistenza cerebrale normale, con leggier punteggiamento. *Teca vertebrale.* Plessi venosi iniettatissimi: sierosità nell'aracnoide con arborescenze vescicolari molto distinte: intumidimento superiore del midollo spinale molliccio, duro e resistente l'intumidimento inferiore. *Petto.* Poco siero nel pericardio, cuore sano ma disteso da coaguli fibrinosi aderenti alle orecchiette, ai ventricoli, estesi anche nelle arterie polmonare ed aortica, e nelle vene afferenti all'orecchietta destra. Bronchi ripieni

di molta mucosità spumeggiante, membrana mucosa arrossata: nella cavità pleurale sinistra antiche aderenze; polmone sinistro sano e crepitante in tutta la sua estensione. Cavità pleurale destra obliterata in alto per aderenze fitte ed antiche, ripiena in basso da essudato pleuritico recente: epatizzazione rossa di tutto il polmone destro con inspessimento della pleura polmonare: il viscere presentava un volume maggiore del normale e ben lo dimostravano le solcature impresse sul medesimo dalle costole. *Addome.* Fegato iperemizzato: milza più grossa del naturale, depressa nel mezzo per una striscia o macchia tendinosa: ventricolo ed intestino sani: reni iperemizzati, voluminosi, con emorragia interstiziale nella capsula soprarenale destra. Calcoli biliari nella cistifellea.

Epicrisi. — Molti corollari pratici si possono dedurre da questa osservazione: prima di tutto sono notevoli le fitte aderenze pleurali e di antica origine trovate nei due lati del torace e senza che risultasse di pleuritidi antecedentemente sofferte; le febbri periodiche e la bronchitide avute in precedenza probabilmente erano state accompagnate da pleurisia, cui l'ammalato non aveva fatto attenzione. In secondo luogo è degna di riguardo la polmonite, che, limitata da principio alla base di destra, si estese in soli 5 giorni a tutto il polmone e rapidamente passò all'epatizzazione completa. Fu per essa e per la difficoltà di circolo cardio-polmonare che si possono spiegare e i coaguli trovati al cuore e la persistenza della localizzazione cerebrale che dalla semplice congestione presto passò allo stato di flogosi meningea con abbondante essudato sotto aracnoideo. Questi gravi processi morbosi localizzati in visceri tanto importanti vennero aggravati da un' altra influenza patologica, la migliare, e ancora dalla minore resistenza fisiologica di individuo che era abusatore di alcoolici; quindi l'esito infausto.

La cura fatta, la quale in casi consimili, ma meno gravi e meno complicati ho visto riuscire a bene, non credo al detto esito abbia avuto alcuna parte: d'altronde l'abitudine agli alcoolici sappiamo quanto renda gli ammalati intolleranti delle sottrazioni sanguigne: e queste per fermo avrebbero accresciuta anzichè diminuire l'adinamia per la complicanza della febbre migliare. Questa successione morbosa e l'influenza alcoolica nel caso concreto legittimano adunque l'astensione dal salasso generale: ciò asserisco con tanto maggior sicurezza, inquantochè nella mia pratica, dentro e fuori dell'ospedale, ho osservato sovventi le pneumo-meningiti trattate con ripetute e pronte aperture della vena, riuscire pur tuttavia a cattivo esito, legittimando così l'infausto pronostico che da tutti i tempi i pratici portano quando nel corso d'una pneumonia sorge il delirio. Nella fattispecie causa coefficiente del mal esito vuol essere considerata ancora la formazione dei coaguli al cuore, contro i quali, posso anche asserirlo per propria esperienza, tornano pure insufficienti le sottrazioni sanguigne. Ricordo sempre di un giovinastro atletico e robusto ricoverato nell'ospedale per pneumonia mentre io era ancora assistente: nel decorso della malattia la massima dispnea e l'irregolarità de' polsi avevano fatto diagnosticare la formazione dei coaguli al cuore: il curante gli faceva praticare otto salassi in tre giorni e pur tuttavia la morte avveniva al quinto: l'autopsia confermava la diagnosi, e per conto mio anche l'insufficienza, non voglio ma potrei quasi dire la sconvenienza della cura!

Le modificazioni che inducono nella crasi del sangue le ripetute sottrazioni di questo umore non so se e sino a qual punto possano prevenire la formazione dei coaguli: se fosse lecito argomentare per induzione, trovando coaguli al cuore nella febbre puerperale, nel colera,

nella tisi polmonare, ecc. , sarei indotto a credere che i salassi, come le altre cause di impoverimento sanguigno, non possono impedire la iperinosi cardiaca quando per qualsiasi ragione vi ha massima tendenza alla medesima: ricordo del resto perfettamente di avere nell'ospedale sezionati molti cadaveri di pneumonici, curati col più abbondante metodo depletivo, e che pure presentarono ciò non pertanto fittissimi coaguli aderenti ai muscoli del cuore ; ma lasciando anche in disparte la quistione se i salassi li possano prevenire, il che non credo, fatto sta che non li possono sciogliere, e ciò basta perchè, indipendentemente da qualsiasi metodo di cura , costituisca sempre una circostanza gravissima nella polmonite la presenza di coaguli nelle cavità del cuore, donde arresto di azione cardiaca e sincope ne vengono.

Passo a riferire l'altro caso di *polmonite* riuscita fatale per complicanza di *vizio di cuore.* Un tessitore in seta di 54 anni, già sergente nell'armata, di costituzione primitivamente buona, ora affralita per lunghe sofferenze, con abito cardio-capitale pronunciato e temperamento sanguigno-bilioso , dato sempre ad una faticosa vita, e amico esso pure degli alcoolici, entrava all'ospedale il 6 maggio 1865 al N° 138 ; ne prendeva notizia il dott. Corva. Molte furono le precedenze morbose ricordate : una pleurite sinistra all'età di 21 anno, curata con tre salassi e guarita a capo di 15 giorni : a 29 anni febbri quartane che più volte recidivarono per ben due anni e curate con 10 o 12 salassi fatti a riprese : a 31 anno ottalmia bellica che durò 7 mesi : a 38 anni altra pleurite curata ancora con tre salassi e vinta in 15 giorni : poco presso alla stessa epoca febbri terzane guarite in 20 giorni con qualche salasso generale e lo specifico : a 45 anni , trovandosi in Crimea , una forte colerina , della quale guariva a capo di 30

giorni: a riprese inoltre forme varie di sifilide primitiva, la quale si limitò sempre ai genitali e non ebbe conseguenze generali.

Ora da parecchi mesi era in preda a cardiopalmo, ansietà di respiro, capiplenio, con impotenza alle menome fatiche, per le quali quei fenomeni morbosi notevolmente s'aggravavano. Fu per l'appunto un notevole aggravamento dei medesimi, che nell'aprile 1865 il portava all'ospedale, dove gli si praticarono quattro salassi e ad un tempo gli si amministrarono ripetutamente preparazioni antimoniali, tartaro stibiato e kermes. Pareva migliorato, usciva dall'ospedale dopo soli 21 giorno di permanenza; ma il miglioramento non fu durevole e a capo di pochi giorni, il 6 maggio, vi ritornava come già notai, e più male che mai.

Al primo esame i polsi erano a 84, la temperatura 36 2|5, la respirazione ansante a 30: percuotendo il torace trovavasi ottuso alla base dei due lati, con sonoreità marcata in alto, dove il rumor respiratorio era esagerato e soffiante, mentre alla base trovavasi oscuro e velato da rantoli sottocrepitanti sparsi. La regione precordiale così all'inspezione come alla palpazione trovavasi gibbosa dalla terza alla sesta costa sinistra: l'apice del cuore batteva con forte ed esteso impulso sin verso il sesto spazio intercostale: suoni cardiaci velati da un soffio ne' due tempi; soffio sistolico più distinto a destra ed in basso; il diastolico assai vivamente marcato a sinistra ed alla base del cuore, con tale estensione però da percepirsi anche un po' verso l'apice. Cefalea gravativa, rombi nelle orecchie, crampi alle estremità: stato catarrale gastrico con ingorgo epatico: orine abbondanti, pigmentate assai, di colore rosso carico.

Manifesto era lo stato di congestione, specialmente polmonare, per vizio organico di cuore; ipertrofia e dila-

tazione con vizii valvolari, ostacolo alla circolazione per rigurgito. Con il riposo, il regime, un sanguisugio ai vasi emorroidali e 'l sal d' Inghilterra continuato per alcuni giorni, si ottenne un notevole miglioramento nella circolazione e nella respirazione, ed a tal segno, che il malato potè alzarsi dal letto. Persistevano però uggia, affanno, cefalea vertiginosa, insonnia con frequenza di polso a 82. Dopo alcune bevande cianogenate, il mattino del 14 maggio la temperatura era 36 3|5, i polsi a 76, le respirazioni sempre 30. Nel pomeriggio di questo giorno ecco un dolore puntorio al costato destro, sensibile anche a tutto il lato corrispondente dell'addome, con ottusità marcata alla percussione, difetto di rumor vescicolare, rantolo crepitante, sputi rugginosi e intanto temperatura 38 2|5, p. 108, r. 45.

Dieci centigrammi di tartaro stibiato nella mucilagine arabica producevano abbondanti scariche e 'l 15 mattino si aveva t. 37 1|5, p. 100, r. 30: sputi più abbondanti e perfettamente sanguigni e del colore del gius di prugne, fregamento pleurale distinto sul luogo del dolore: ottusità sempre persistente a destra con difetto di rumor vescicolare e rantoli sottocrepitanti a grosse bolle. La natura degli sputi e i rantoli umidi lasciavano credere ad una pneumonia emorragica, al così detto *infarctus pulmonum*, che tanto facilmente ricorre nei cardiopatici, e l'andamento successivo confermava il concetto diagnostico. Con poche altre dosi di tartaro stibiato (0,05 per 2 soli giorni) cessò l'affanno e la dispnea, le respirazioni si ridussero a 25, i polsi a 76, vibrati, espansi, regolari, la temperatura a 36 2|5; gli sputi si fecero muco-purulenti e solo di tempo in tempo qualche sputo prettamente sanguigno e nerastro ricompariva in mezzo agli sputi bianco-giallognoli; il rantolo crepitante scomparve affatto persistendo sempre il sotto-

crepitante ; l'alvo si mosse, comparve benefico il sudore; e con qualche bevanda leggiermente cianogenata, l'ammalato a capo di soli 9 giorni dall'invasione febbrile poteva mangiare qualche cibo e nuovamente alzarsi dal letto.

Non era guarito, postocchè il vizio del cuore persisteva e le condizioni del circolo bronchiale e polmonare pur troppo mostravano la persistenza del regurgito e della stasi ; ma il miglioramento, in così gravi congiunture, era per il momento abbastanza soddisfacente. Naturalmente mancava la confidenza che potesse durare : continuarono i segni fisici di impegno polmonare alla base di destra particolarmente con abbondante catarro bronchiale ; s'aggiunsero sintomi di maggior catarro stomacale, anoressia e dispepsia, e ingorgo venoso addominale con iscarsità di orine e edemazia alle estremità inferiori. Viste inutili alcune evacuazioni alvine prodotte dalla magnesia e dal rabarbaro, il 7 giugno si fece un altro sanguisugio dai vasi emorroidali , e per aumentare la diuresi si ricorse a cartoline di nitro e squilla; con questa cura ritornò l'appetito, le digestioni si resero più facili, aumentarono le orine, la loro densità si trovò di 1,010 senza alcuna traccia di albumina : scomparve l'edemazia : ma continuando l'impegno polmonare e 'l catarro bronchiale con espettorazione muco-purulenta e a volte anche sanguinolenta, malgrado l'uso della poligala, del laudano, dell'acqua ferruginosa di La Bauche, del regime tonico e riparatore, le forze andarono scemando, lo stato della nutrizione deperì progressivamente, e intanto si cambiò il morale del malato fin allora abbastanza paziente: sorse una smania, un'agitazione nervosa con insonnia, vociferazione, lagni notturni continui senza dichiarata ragione: perciò si dovette isolare dagli altri ammalati.

In tale stato di irrequietudine, che toccava a volte l'esaltazione mentale, tuttochè perfetta conservasse la conoscenza, lentamente consumava la sua esistenza e la morte avvenne il 20 luglio.

L'autopsia era praticata il giorno dopo: nell'abito esterno non si trovò traccia di edemazia, ma solo ecchimosi cadaveriche.

Nel *capo* si riscontrò il cervello molle specialmente nel piede d'Ipocampo; ingorgo venoso assai pronunciato nelle meningi con un punto di processo carioso in corrispondenza della sella turchesca dove si rinvenne una leggierissima raccolta purulenta.

Nel *petto* aderenze pleurali antiche dai due lati e recenti alla base di destra, con epatizzazione del polmone corrispondente, nella sua parte media ed inferiore, e varii ascessi sanguigni per apoplessia parziale; polmone sinistro poco crepitante in basso, e ancora indurato in alcuni punti della sua base; molta schiuma nell'albero bronchiale con mucosa rossa ed iniettata.

Il cuore voluminoso senza alcuna raccolta nel pericardio; ventricolo sinistro ipertrofico e dilatato, dilatato pure il ventricolo destro; dilatati gli orifizi auricolo-ventricolari con ateromasia valvolare; stretto l'orifizio aortico per inspessimento e induramento del suo cercine fibroso: inspessimento e insufficienza delle valvole aortiche; ateromasia molto pronunciata in tutta l'aorta toracica.

Nell'*addome* nessuna traccia di raccolta sierosa, milza piccola, reni normali, fegato noce moscata, iniezione pronunciata delle diramazioni portali, mucosa stomacale spessa, rammollata, con piccole ulcerette catarrali superficialissime.

Epicrisi. — Se male non m'appongo questo fatto porge un bellissimo esemplare di polmonite secondaria a viziatura organica di cuore, di origine idraulica. Cominciò una

congestione polmonare, da poi si svolse una pleuro-polmonite emorragica; questa si sarebbe risolta, ma la permanenza della causa (viziatura del cuore sinistro con rigurgito) fece continuare l'effetto e 'l lento lavorio flogistico a base congestizia ci porge spiegazione così dell'andamento della malattia come dei risultati necroscopici. La cura riuscì..... per quanto poteva riuscire, e se non l'esito definitivo, i temporanei miglioramenti provano che fu appropriata: ho visto in questo caso, come in altri molti, che il tartaro stibiato può riuscire benissimo, per i suoi effetti emeto-catartici, nelle malattie bronchio-polmonari, ancorchè complicate da viziature di cuore; le quali, per se stesse, eccettuati i casi di dilatazione con degenerazione adiposa e con assottigliamento di pareti, non controindicano sempre, ed assolutamente l'emetico, come una volta nelle scuole gratuitamente asserivasi.

Il vizio di cuore nella fattispecie narrata anche per se stesso è interessante sotto il punto di vista diagnostico: notai tra i segni fisici riscontrati coll'ascoltazione un soffio a doppia corrente, sensibile vale a dire nel primo e nel secondo tempo della rivoluzione cardiaca, ma con questa differenza, che mentre il soffio sistolico era più distinto sulle cavità destre (linea parasternale sinistra), il diastolico percepivasi unicamente a sinistra sopra e sotto la mamma. Ciò poteva far credere ad una grave lesione della mitrale e dell'orifizio corrispondente; l'autopsia per contro mostrò assai più leso l'orifizio aortico, e spesse e insufficienti le sigmoidee; eppure lungo l'aorta, quantunque ateromatosa, soffio non si percepiva, e 'l traballamento arterioso, il polso saltellante così ben descritto dal Corrigan mancarono quasi sempre. Come conciliare i dati raccolti coll'osservazione clinica e quelli risultanti dall'osservazione necroscopica?

La dilatazione del cuore e delli orifizi atrio-ventricolari davano luogo all'insufficienza delle valvole corrispondenti (soffio sistolico più marcato sul ventricolo destro perchè più sottile e non ipertrofico come il sinistro): quindi nella sistole del ventricolo sinistro, anche per la stenosi dell'orifizio aortico, gran parte dell'ondata sanguigna ritornava nell'orecchietta e rigurgitava per ciò il circolo delle vene polmonari: la poca quantità del sangue che arrivava nell'aorta non era sufficiente a produrre nella medesima un manifesto rumore di soffregamento o soffio nè durante la sistole nè nella diastole ventricolare: in questa una porzione del sangue stante la poca elasticità dell'aorta quasi meccanicamente ritornava nel ventricolo attraverso l'orifizio aortico (soffio diastolico); l'abbassamento del cuore che arrivava al sesto spazio intercostale, la dilatazione già cennata del ventricolo sinistro, la debole sistole aortica spiegano come questo soffio che si produceva alla base del cuore abbia potuto rendersi maggiormente sensibile in basso che in alto, e precisamente verso la linea mammillare sinistra anzichè lungo la regione sterno-costale destra superiore, come si legge nei trattati dogmatici.

Dopo narrati i casi funesti, persuaso come sono che il lettore vorrà essere ora meco persuaso che la mortalità dei miei pneumonici, rigorosamente parlando, non può essere messa a carico della polmonite, e che quindi quella non prova nè pro nè contro il metodo di cura adoperato in questa malattia, amo riferirne ora qualcuno tra i molti che provano a favore della cura della polmonite senza salassi, metodo per cui alcuni tra noi vogliono essere ancora increduli. Ne sceglierò uno tra i più eloquenti e gravi.

Una povera vecchia d'anni 54, serva volante, di temperamento sanguigno-bilioso, di costituzione primitiva-

mente robusta, ora stanca dal lavoro, colla colonna vertebrale incurvata da cifosi senile, entrava all'Ospedale il 13 marzo 1865 mentre dominava una costituzione atmosferica freddo-umida. Il memoriale clinico era redatto dal dottor Zoccola.

Risultò che fu abbondantemente mestruata fin da 13 anni, ma che questa funzione, per causa morale, precocemente cessò a 37 anni, ragione per cui ebbe a soffrire profluvii emorragici, epistassi, ematemesi, diarrea sanguigna. Altre malattie non furono ricordate tranne alcune sofferte nell'età infantile, congiuntivo-ceratiti, rosolia, vaiuolo benigno. Al dire dell'ammalata tutte le sue precedenze morbose furono brevi e di facile guarigione.

Ora da parecchi giorni aveva dovuto più del solito lavorare, vegliando malati la notte senza desistere dalle fatiche giornaliere, ed esponendosi perciò a tutte le inclemenze della stagione; in quest'epoca era caduta molta neve. Per tutte queste cause riunite l' 11 marzo venne invasa da ardentissima febbre con brividi di freddo, cefalea gravativa, addolentamento generale, dispnea, tosse, sputi sanguinolenti, dolore pungente acuto al costato destro, che si esacerbava negli sforzi di tosse, nell'atto del respiro e sotto la pressione. Questi fenomeni durarono con pari intensità e gravezza nel giorno 12, malgrado che olio di ricino le fosse stato propinato. Alla prima visita si constatò uno stato febbrile piuttosto forte, polsi a 120 — temperatura 39 — respirazioni 40, con vescichette di erpete al labbro inferiore, cefalea gravativa, faccia suffusa, senso di turgidezza alle mani, dolori vaghi lungo le membra: tosse, dispnea, sputi rugginosi, dolore puntorio alla regione mammaria destra che rendeva dolorosi la percussione, e 'l decubito nell' opposto lato: inspirazione incompleta, difficile, dolorosa: ottusità al di sotto della mamma destra ed a tutta la regione

basilare destra del torace: difetto di rumor vescicolare in basso con fregamento pleurale e rantolo crepitante: al lobo medio e superiore rumor vescicolare esagerato e puerile; a sinistra rumor vescicolare velato in basso con poche bolle di rantolo crepitante minuto, e ottusità corrispondente: ritmo cardiaco accelerato, regolare, suoni normali. Leggiero stato catarrale del ventricolo, lingua fecciosa, rossa ai bordi, nausee, vomiturizioni, ventre teso, ipocondrii turgidi: orine scarse, pigmentate, senza traccia di albumina, ricche di materiali terrosi.

La diagnosi fu di *pleuro-polmonite basilare destra con congestione a sinistra e iperemia venosa generale.* Furono prescritti 10 centigrammi di tartaro stibiato, da cui si ebbero molte evacuazioni alvine siero-biliose con senso di abbattimento e deliquio e ambascia tale da richiedere la posizione seduta sul letto. Continuarono li stessi sintomi succennati anche nel giorno 14, e la pozione stibiata venne ripetuta senza ulteriori effetti di scariche alvine. Il 15 la temperatura arrivò a 39 2|5, le respirazioni a 45, persistendo i polsi a 120, duri, stretti, resistenti: agli altri segni fisici sopra notati, l'ascoltazione fece aggiungere soffio bronchiale pronunciato con rantoli sibilanti e sottocrepitanti disseminati (catarro bronchiale); persistendo l'impegno polmonare e la faccia rossa, suffusa, colle labbra livide, coll'affanno di respiro, colla espettorazione sanguigna nerastra, col turgore delle vene giugulari: tutto manifestamente mostrava sempre un grande inceppamento di circolo venoso, reso anche più evidente e dalla piccolezza dei polsi e dalla tensione del ventre. Si tentò di muovere l'alvo con un lambitivo oleoso purgativo, ma non si riuscì e 'l 16 si ricorse al calomelano (gram. 0,50 p. 5 cartoline, 1 ogni due ore): al senso di debolezza e sfinimento che rendeva l'ammalata uggiosa ed inquieta si provvide con qualche

cucchiaiata di *punch*. Nel giorno successivo lo stato suo, malgrado qualche scarsa evacuazione, era sempre grave assai; i polsi un po' irregolari, i toni del cuore oscuri e profondi, l'ambascia, il difetto di rumor vescicolare e 'l soffio bronchiale per un gran tratto de' 2 polmoni, e i rantoli sonori gravi con espettorazione difficile, fecero prendere l'indicazione di 3 coppe scarificate profondamente sul costato destro e dell'infuso di poligala col vino stibiato, e di due vescicanti alle estremità.

Con questa cura diminuì la tinta cianotica alla faccia, si rialzarono i polsi e si fecero più regolari, a 112, con 40 respirazioni e 37 gradi di temperatura, l'espettorazione riuscì di nuovo abbondante e siero-muco-sanguinolenta.

I giorni 18, 19 e 20 si passarono poco presso nello stesso stato; ambascia, affanno con poca reazione febbrile (il polso discese a 96 e si fece molle, cedevole), temperatura quasi normale, espettorazione abbondante, alvo sciolto. Allo scopo di rialzare le forze e sostenere le funzioni alla vita più essenziali si prescrisse vino chinato. Da poi si osservò a volte un leggier grado di febbre nelle ore vespertine, con qualche brivido di freddo da lasciare per un momento sospetto di suppurazione, ma non fu nulla: in queste esacerbazioni momentanee i polsi erano a 90, la temperatura 37 2|5, solo le respirazioni mantenevansi assai frequenti (a 44 per minuto); ma intanto la faccia era meno rossa, e non più livida, il ventre meno teso, l'espettorazione rugginosa ancora, ma facile ed abbondante, e 'l 22 alla base del torace destro, nelle oramai più facili inspirazioni, già percepivasi il rantolo crepitante di ritorno. Un epifenomeno notevole in questo giorno fu la comparsa di un forte edema alla mano destra, che venne spiegato per il decubito specialmente conservato sempre da questo lato e per la pressione che aveva dovuto soffrire la vena succlavia destra dal polmone au-

mentato di volume. Allo scopo di risolvere con maggior prontezza anche questo nuovo sintomo si ricorse ancora al calomelano (0,40) da cui si ebbero evacuazioni molte e con sollievo. Il 25 l'edema era scomparso, l'espettorazione aveva preso il colore della gelatina d'albicocco; due giorni dopo era dichiaratamete muco-purulenta e i rantoli sotto-crepitanti numerosi e la diminuzione progressiva della tosse, della dispnea dimostravano avviamento alla convalescenza. Del dolore persistente fece ragione una pece di Borgogna cantaridata applicata sul luogo dolente. L'andamento successivo fu un progressivo miglioramento, solo persistettero a lungo segni di catarro bronchiale, e lentamente ritornarono a normalità le funzioni digerenti, permodochè l'alimentazione dovette essere molto graduata. Quando uscì dall'ospedale il 20 aprile il polmone destro trovossi permeabile in tutta la estensione, alla percussione si aveva sonoreità, alla ascoltazione poche bolle di rantolo sottocrepitante, era cessata la tosse, l'espettorazione, la difficoltà di respiro: e l'ammalata in un colle forze aveva ripresa la naturale sua vivacità, della quale non si era pur sospettato durante il periodo più grave della sua malattia.

La guarigione fu completa e 'l caso non poteva essere più adatto per mostrare la possibile guarigione della polmonite acuta, franca, genuina, grave, senza aver bisogno di ricorrere alle sottrazioni sanguigne generali; le quali per fermo avrebbero contribuito ad accrescere la debolezza delle forze, senza che più pronta si fosse potuta dichiarare la risoluzione del processo flogistico polmonare, che quantunque intenso e profondo, al nono giorno di permanenza nell'ospedale, 11° di malattia, aveva fatto il suo apogeo e volgeva a declinazione. I disturbi idraulici imponenti, cianosi della faccia, turgore delle giugolari, irregolarità di polso, tensione degli ipocondrii;

l'ansietà, la dispnea, l'ortopnea lasciarono ragionevole dubbio che qualche coagulo si fosse formato nelle cavità cardiache; l'oscurità dei suoni cardiaci confermava questo concetto: lo stesso edema della mano destra, oltre le suddette due cagioni, poteva benissimo riconoscerne una terza, un qualche trombo nelle vene corrispondenti: di questi fenomeni secondarii il calomelano fece pronta ragione: ricordando ora quanto ho detto sopra intorno all' influenza delle sottrazioni sanguigne nella trombosi cardiaca e come preventive e come curative, facile è il giudizio comparativo, e meno che favorevole al salasso.

Un medico già attempato, allievo dell'antica scuola e che, coscienzioso qual è, avrebbe creduto delitto il non salassare un pneumonico nel periodo acuto della malattia, con molta assiduità frequentò la mia clinica allo scopo di vedere come si potessero curare gravi malattie infiammatorie senza ricorrere all'antiflogistico per eccellenza, quale fu sempre creduto il salasso. Vide parecchi casi di pleuriti, di bronchio-polmoniti senza salasso curate e guarite e in pochi giorni, ma erano fatti di poca levatura e le antiche sue convinzioni non si scuotevano ancora. Vide infine il fatto che ho ora esposto, minutamente l'osservò dal primo all'ultimo giorno di cura, e candidamente confessò il suo credo! Si convinceranno essi egualmente tutti i miei lettori di quanto asserisco? Nol so, anzi ne dubiterei, sul riflesso che le osservazioni scritte *segnius irritant animos, quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus*!

Egli è però impossibile non arrendersi all'evidenza, e siccome uno dei vantaggi che si addebita al salasso nella cura della polmonite quello sarebbe della maggior prontezza della guarigione, così non sarà fuor d'opera riferire alcuna delle osservazioni di polmonite prontamente guarite senza ricorrere al classico metodo. Eloquentissimo sotto questo punto di vista clinica è il fatto seguente:

Un vetturino di anni 34, robusto, ben nutrito, abituato ai liquori, esposto naturalmente a tutte le vicende atmosferiche, per ragion di mestiere, entrava in clinica il 25 maggio 1865 al N° 156. Lo studente incaricato della redazione storica e del memoriale clinico fu il dottore Airnone Giuseppe. L'anamnesi remota, oltre il vaiuolo sofferto a 2 anni, non presentò che malattie chirurgiche, ferite, periostìti, flemmoni suppurati, osteiti alle estremità inferiori, dove si videro corrispondere cicatrici di pregressi seni fistolosi e di antiche suppurazioni: per quelle malattie veniva sei volte salassato. L'anamnesi prossima diceva come da cinque giorni febbre intensa il cogliesse con invasione a freddo e successivo calore urente e dolore alla base del costato sinistro e difficoltà di respiro e tosse con espettorazione sanguigna di colore intensamente rosso da prima, sbiadito di poi. La cura fatta consistette tutta nel riposo e nell'uso di due purganti da cui ebbe abbondanti scariche. Alla prima visita insieme con una leggiera congiuntivite catarrale si trovò una temperatura di gradi 38 2|5, con 102 pulsazioni e 38 respirazioni; e affanno e tosse con espettorazione del color della gelatina di albicocco; e dolore pungente alla base del costato sinistro, dove l'inspezione fece riconoscere poca mobilità delle pareti costali nell' inspirazione, con leggiera gibbosità fatta da spazi intercostali meno evidenti; e marcata ottusità e difetto di rumore vescicolare e leggier fregamento dolce: nella parte anteriore del torace e posteriore destra l'ascoltazione faceva percepire distinti rantoli sottocrepitanti, e alla parte posteriore sinistra manifesti rantoli crepitanti nell'ultimo tempo dell'inspirazione; erano in una parola positivi i segni di catarro bronchiale con pleurite essudativa e polmonite sinistra. Le altre funzioni presentavano quelle alterazioni che nello stato febbrile si osservano, oppressione di forze,

cefalea gravativa, dolori contusivi delle membra, impulso del cuore forte e frequente, bocca amara, pastosa, lingua fecciosa, tensione degli ipocondrii e dell'epigastrio, alvo sciolto pei rimedii presi, orine sedimentose e rosse. La cura venne fatta con due dosi di mucilagine arabica stibiata (0,05) e cianogenata; poscia con 0,20 di estratto d'aconito alcoolico: di più dieta rigorosa e cataplasma sul luogo dolente. Un abbondante sudore tenne dietro a queste prescrizioni: ebbero luogo ancora alcune poche evacuazioni alvine, la tosse scemò, diminuì il dolore, cessò il catarro congiuntivale e l'espettorazione pneumonica; un esteso rantolo crepitante di ritorno venne ad accompagnare le più complete inspirazioni; al 4° giorno si concedettero cibi ed al 5° (il 30 maggio), nella visita vespertina la temperatura segnava 36 3[5, i polsi erano a 68, le respirazioni ridotte a venti. Fu ancora applicato un vescicante alla base del costato sinistro, e il 2 giugno, dopo una permanenza di soli 8 giorni, in tredici giornate di malattia, la convalescenza era così bene avviata da permettere l'uscita dall'ospedale.

Consimile al precedente è quest'altro fatto, del quale tenne conto il dott. Bogliolo: Un calzolaio d'anni 40, magro, di debole costituzione, colle impronte del temperamento bilioso, dato ai liquori, entrava nell'ospedale il 6 maggio 1865 al N° 151; narrava di varie malattie sofferte; vaiuolo, morbillo, tosse asinina nelle prime età. A 10 anni commozione traumatica al petto, d'onde cardiopalmo, tosse, difficoltà di respiro e sputi sanguigni, malattia della quale non si ristabilì che a capo di un anno. Da poi stette benissimo sino a 30 anni, età in cui per un dolore puntorio al costato sinistro e intensa febbre fu ripetutamente salassato, disse 32 volte; ragione per cui dovette poi fare una convalescenza di sei mesi, e nessuno sarà per istupirsene dopo tale dissanguamento: a

33 anni colse in Sardegna le febbri perniciose e rimase ancora malato 7 mesi: prese in allora china assai, fu altre volte salassato e terminò per guarire dopo molti vescicanti; imperfettamente però, avendo d'allora in poi sofferto sempre di infarcimento ai visceri degli ipocondrii.

Ora da tre giorni, dopo una notte passata in una camera umida e colla finestra aperta, fu preso da febbre con susseguente dolore puntorio al lato sinistro del torace, e forte dispnea, che per difetto di cura continuarono sino al momento dell'entrata nella clinica. Alla prima visita fu trovato immerso in abbondante sudore con 37 gradi di temperatura, 88 pulsazioni e 28 respirazioni: l'inspirazione difficile per il dolore corrispondente alla regione mammaria sinistra: ottusità a questo lato del petto massime al margine posteriore ed in basso; difetto di rumor respiratorio vescicolare, soffio bronchiale, nessun rantolo sensibile, nessun fregamento, nessuna espettorazione; sonoreità e rumore vescicolare normali, solo un po'oscuro il primo tono a sinistra: stato catarrale del ventricolo e della bocca, inappetenza, bocca cattiva, lingua fecciosa: orine febbrili: cefalea gravativa, susurri negli orecchi e leggiero offuscamento della vista. Fu diagnosticata una febbre reumatica con pleuro-polmonite sinistra: furono prescritti dieta, cataplasmi emollienti, mucilagine arabica stibiata (0,10) e cianogenata. Non si ebbero nè vomiti, nè evacuazioni alvine, continuò il sudore, scemò il dolore, si rese più libero il respiro, comparvero sputi mucosi molto elaborati. Una seconda dose di tartaro stibiato (0,05) terminò la cura.

L'ascoltazione fatta il 9 maggio fece riconoscere rantoli sonori ed umidi sotto crepitanti, disseminati, non che rantoli *crepitanti* minuti al margine posteriore sinistro, e intanto, col benefizio del sudore e di un purgante idragogo (manna, sal amaro e tisana lassativa) cessò l'espet-

torazione, la tosse, la dispnea e il dolore: solo persistette un po' di ottusità alla base del torace sinistro e corrispondente difetto di rumor vescicolare; questi segni patologici, in rapporto piuttosto con antichi residui morbosi che non coll'ultima malattia, permisero la licenza dall'ospedale all'ottavo giorno dall'entrata, undecimo dall'invasione.

In entrambi questi casi la malattia era leggiera, il processo anatomo-patologico era superficiale, e pochi compensi terapeutici bastarono, forse avrebbe anche bastato la stessa cura negativa: il perchè non saprei dirlo: forse vi contribuì l'influenza stagionale, avvegnachè nella stagione primaverile inoltrata e nella state il fondo patologico nelle pneumonie sia meno grave che non nell'inverno e nel passaggio da questo alla primavera: ma supponiamo, che da principio, vista la febbre, si fossero tosto praticate le due e le tre cavate di sangue, *more antico*, saremmo noi stati autorizzati ad ammettere, a cura finita, di essere riusciti a far abortire la flogosi? Più volte udii quest'argomentazione che ha tutto il vizio dell' *hoc post hoc, ergo propter hoc*; simili fatti sono i precipui fondamenti di chi nella cura della polmonite fida nel salasso con tutta la fede di un credente, starei per dire col fanatismo di un partigiano! Or bene le cattive argomentazioni, le false interpretezioni dei fatti conducono all'errore, contro il quale è dovere l'insorgere con alla mano la prova e controprova sperimentali che ognuno sgannino!

Il fatto ultimo narrato mentre ci prova positivamente, per la storia anamnestica remota, che i numerosi salassi non sono capaci di fare *abortire* un processo flogistico, ci porge per l'attualità morbosa osservata la controprova, che senza trar goccia di sangue il medesimo processo morboso può benissimo essere limi-

tato, leggiero, di pronta e facile guarigione e tanto, da far supporre troncata la parabola solo perchè più breve. Questa brevità non contraddice al corso necessario della flogosi ammesso dall'antica come dalla moderna scuola, riconosciuto dal Tommasini e provato dal Wirchow, ammesso da tutti gli organicisti e confermato dai cellularisti: questa brevità, che può essere maggiore o minore, corrisponde necessariamente al grado, all'estensione, alla profondità del processo morboso flogistico or lieve, or grave, ora circoscritto, ora diffuso, ora superficiale come nelle flogosi catarrali ed ora comprendente tutta la trama organica del polmone (polmonite interstiziale).

Quest'ultima varietà di polmonite vale però piuttosto come forma anatomo-patologica che non come forma clinica: essa per continuità del tessuto connettivo interstiziale colla pleura polmonare si associa inevitabilmente colla pleurite e dà luogo a quelle aderenze con inspessimenti pleurali che troviamo nei casi di flogosi polmonare cronica con esito di induramento, di atrofia, di cirrosi, associati anche a neoplasmi tubercolari; i quali possono essere produzioni primarie, o secondarie di altre malattie a lungo decorso, con denutrizione, marasmo e metamorfosi organiche regressive, come ne ho narrato già un esempio a pag. 247.

Clinicamente parlando, stando ai fatti che sono di mia osservazione particolare, la polmonite lenta si viene a confondere colla

Tubercolosi polmonare.

I tubercoli polmonari sono frequentemente per non dir sempre causa di polmonite, ma ne possono anche essere

effetto. Sotto l'influenza di cause che profondamente modificano i processi nutritivi, scrofola ereditaria od acquisita, patemi d'animo tristi e prolungati, vita sedentaria in luoghi chiusi con difetto d'aria e di luce, cattiva alimentazione, abuso di venere, debilitazione forte per malattie gravi e lunghe come febbri tifoidee, lente bronchiti, versamenti pleurali, malattia del Bright e va dicendo; massime se vi ha qualche predisposizione, sorgono questi neoplasmi tubercolari nel parenchima polmonare e vi destano, come i corpi estranei, un processo flogistico, una polmonite a corso lento, con tendenza all'esito di induramento, suppurazione e ulcerazione. Ma la stessa flogosi polmonare primitiva acuta, massime se complicata con lente bronchiti, con pleuriti; se mal risolta e passata agli esiti di induramento, di aderenze; o direttamente per lesa funzione di circolazione e respirazione; o indirettamente per via di generale debilitazione può dar luogo alla deposizione di masse tubercolari, caseose, quali nelle epatizzazioni grigie così dette si riscontrano. Quindi è che la tubercolosi polmonare sia più frequente ancora che d'ordinario non si creda, potendo riescire secondaria di molte altre malattie che a volte ne' quadri clinici figurano solo come principali.

I tubercolosi in quest'anno clinico furono molto più numerosi che non ne' due precedenti, e le due forme di tubercolosi primitiva e secondaria, poterono essere osservate. In complesso, lasciando anche in disparte i casi possibili, in cui la neoplasia polmonare incipiente o parziale per avventura sfuggì alle indagini cliniche, o non fu compresa nella formola diagnostica della malattia principale, delle sue complicazioni e successioni morbose, i casi di tubercolosi furono 31, venti tra i maschi, undici tra le donne, che anche nel biennio antecedente pagarono minore tributo a questa malattia che non il sesso forte.

La proporzione dei tubercolosi al totale dei malati nel primo biennio clinico fu al disotto del 5 per 0|0, in quest'anno andò oltre il 10 per 0|0: e questa non è l'ultima delle ragioni di quella lunga permanenza media generale di giorni 29,17, della quale ho fatto parola a pag. 46. E di vero prendendo in considerazione i giorni di permanenza nell'ospedale dei 31 tubercolosi, troviamo l'imponente somma di 1767 giornate con una media di 57, con un maximum di 234 giorni e non poche permanenze di tre, di quattro e più mesi; il che non istupirà alcuno che conosca come il corso di questa malattia possa durare anche più anni; nessun esempio io m'ebbi di tisi a corso acuto o tubercolosi galoppante.

Distinguendo i casi di tubercolosi a seconda dell'età dei 31 ammalati osservati in Clinica trovo le seguenti cifre:

Da 12	anni	a 20	uomini	5	donne	3	totale	8
Da 21	»	a 30	»	10	»	4	»	14
Da 31	»	a 40	»	3	»	4	»	7
Da 41	»	a 46	»	2	»	0	»	2
				—		—		—
				20		11		31

Nel precedente rendiconto trovai l'età dei tubercolosi oscillante tra il 18° e 'l 35° anno d'età: dal quadro ora riferito si scorge quanta sia la maggior latitudine di questa malattia per rapporto alla predisposizione che vi fa l'età: è notevole però sempre la maggior sua frequenza nell'età giovanile.

Relativamente alle professioni distinguendole in faticose (facchini — servi — contadini — serraglieri — macchinisti — caffettieri — merciaiuoli) tra le quali calcolo anche quelle che espongono al calore del fuoco (cuochi) ed al freddo umido (conciatori); ed in sedentarie (compositori — parrucchieri — calzolai — sarti — cucitrici

— filatoiaie — tabaccaie — donne di casa): ne' miei tubercolosi trovo questo risultato statistico:

Professioni faticose	uomini	13	donne	4	totale	17
» sedentarie	»	7	»	7	»	14
		—		—		—
		20		11		31

Ella è cosa degna di riguardo come le cifre di queste professioni quasi si uguaglino e che la lieve differenza in più sia per le professioni faticose, le quali per riguardo all'ematogenesi ed ai processi di assimilazione organica, di scambi molecolari, agiscono in senso assai più favorevole che non le professioni sedentarie. Nè voglio tacere che mentre fra gli uomini paiono disporre maggiormente alla tubercolosi polmonare le professioni faticose che non le sedentarie, tra le donne pare succeda lo inverso, come ebbi già a notare nel precedente mio rendiconto (pag. 94). La distinzione della tubercolosi primaria e della secondaria, forse fino ad un certo punto va d'accordo con questi risultamenti statistici; avvegnachè si possa facilmente concepire come una vita sedentaria, in luoghi chiusi, senza grande attività muscolare e respiratoria, debba favorire la tubercolosi primitiva; mentre la vita laboriosa, le fatiche d'ogni genere, gli esercizi troppo violenti, l'attività muscolare e respiratoria, indirettamente, per il concorso di cause reumatizzanti, d'onde sorgono gravi malattie viscerali, possono dar luogo alla tubercolosi secondaria, per poco vi sia disposizione ereditaria, o acquisita per eccessi, abusi, ed altre cagioni capaci di esaurire le forze e di alterare profondamente i processi nutritivi. Egli è un punto di patogenia che vuol essere studiato colla scorta di numerose cifre, e con l'appoggio di molti fatti clinici, dei quali la storia anamnestica prossima e la remota possano essere raccolte con

tutta esattezza, cosa non sempre facile negli ammalati del grosso volgo che l'ospedale accoglie.

Se si considera che la tubercolosi polmonare decima le popolazioni del nord come quelle del sud, ed è propria di tutti i climi, colla sola eccezione se non d'immunità, almeno di minore predisposizione per le popolazioni che abitano ad un livello molto elevato dal mare, di 800 e più metri; parrebbe che nessuna delle stagioni dell'anno dovesse più delle altre predisporre alla tubercolosi; tuttavia è un fatto, che gli estremi sono specialmente dannosi; tant'è vero che in inverno troviamo i nostri tubercolosi guadagnare dai climi di Nervi e Mentone, e migliorarsi nella state quando salgono sulle Alpi e restano qualche mese a Viù od a Fobello. La freschezza di questi luoghi alpini, la minor pressione barometrica, l'attività respiratoria e digerente ne spiegano tutta l'azione, in alcuni casi, e a malattia non troppo inoltrata, portentosamente benefica: e la facilità con cui si vive in pien'aria anche nel cuor dell'inverno, l'equabilità della temperatura, il più bel sorriso del cielo, l'immensa vista del mare in quelle deliziose sponde del Mediterraneo, ci dànno ragione dei risultati innegabili, ai quali le dette regioni liguri devono la loro riputazione di salubrità. Dico innegabili, quantunque non sieno poi sempre sicuri e costanti e tali da togliere ogni radice di male e scongiurare pericoli futuri!!

I tubercolosi non sempre ricorrono all'ospedale per essere semplicemente tali, ma per malattie intercorrenti, accidentali, complicanti; e possono ricorrervi a varii periodi, il perchè la stagione e 'l mese dell'anno in cui vi sono ricevuti non ha soventi e non può avere grande importanza eziogenica; tuttavia per dimostrare come questa malattia sia realmente di tutte le stagioni e di tutti i mesi dell'anno, non sarà senza qualche interesse questo

quadro dei mesi in cui i tubercolosi entrarono in Clinica.

Dicembre	4
Gennaio	2
Febbraio	1
Marzo	5
Aprile	3
Maggio	4
Giugno	7
Luglio	4
Agosto	1
Totale	31.

Varie furono le malattie complicanti la tubercolosi polmonare : tra esse meritano di essere in prima linea accennate la bronchite e la pleurite essudativa: poi vengono le cardiopatie e le febbri periodiche ; la varicella, la migliare, l'epilessia, la nefrite, gli ecchinococchi del fegato figurano per casi isolati ; in molti casi la deposizione del neoplasma tubercolare occorse nel polmone non solo e nella pleura, ma nell'intestino, nel peritoneo, e in altre parti, d'onde localizzazioni patologiche per sede diverse ma identiche per natura, epperciò non vere complicazioni nel senso tecnico della parola : in quattro casi occorse l'emottisi che, come sintomo, appena vuol essere cennata a parte.

Di alcuni tubercolosi ho già narrata la storia parlando dei vizi precordiali, della laringite, della bronchite ; di altri sarò per parlare in seguito a proposito di altre malattie, ora mi limiterò alle osservazioni pratiche che mi paiono più interessanti sotto i punti di vista eziologico — diagnostico — terapeutico.

La tubercolosi polmonare è tale malattia che per lo più, presto o tardi, per poco sia diffusa, riesce fatale. Dei 31 ricoverati in Clinica però cinque soli vi mori-

rono (16,12 per 0|0) ; di tre ho già riferita l'osservazione clinica corredata dai risultamenti anatomo-patologici, degli altri due farò parola nel trattare delle malattie del fegato e del sistema nervoso.

Quantunque la mortalità figurativa sia stata in quest'anno minore che non nell'andato biennio, nel quale fu del 23 per 0|0, non voglio si creda ch'io abbia trovato un più sicuro metodo di cura della tubercolosi polmonare, scoglio contro il quale urta ad ogni momento il medico pratico dentro e fuori degli ospedali. Quando essa è limitata e scevra da complicazioni, sia pure arrivata alla parziale fusione, colla cura ricostituente, con una buona alimentazione tonica e riparatrice, coll'olio di merluzzo, colla gelatina di lichene, col ioduro d'amido, con qualche rivulsivo, si ottengono miglioramenti tali che possono sembrare guarigioni; e, concorrendo le condizioni d'igiene fisica e morale le più favorevoli, queste guarigioni possono anche essere durature ; permanenti però e radicali le credo rare assai, quando ben inteso si escludano gli errori di diagnosi, e le precoci dichiarazioni di ottenute vittorie smentite da poi, e i trovati necroscopici di talora problematiche cicatrici polmonari. Per conto mio vanto pure cure felicemente riuscite per insperati miglioramenti e tregue che durarono anni ed anni , ma guarigioni perfette, ristabilimenti completi, cicatrizzazione permanente di caverne polmonari tubercolose, punto non ricordo. Vidi ricostituirsi intiero l'organismo, riordinarsi tutte le principali funzioni, cessare e tosse ed espettorazione e sudori e diarrea, persistendo però sempre facile dispnea e i segni fisici dell'infiltrazione tubercolare o della escavazione cavernosa, vale a dire l'ottusità locale, e 'l soffio bronchiale o il soffio cavernoso, e i grossi rantoli crepitanti, circoscritti all'apice del polmone dove ha sede di predilezione il neoplasma tubercolare: ragione per cui un nonnulla

basta poi a riprodurre intiera la scena patologica, che dopo alternative diverse di male e di peggio termina per avere il mal esito. È sconsolante eppure è vero, bene il posso affermare con coscienza, non tanto per ciò che osservai nell'ospedale, d'onde i malati escono soventi per non lasciarsi veder più, ma per quello che ho visto e vedo tutto giorno nella mia pratica civile, tenendo d'occhio i miei malati per molti e molti anni consecutivi, dal principio all'ultimo termine della malattia.

Un esempio di quanto possa l'arte nella cura della tubercolosi polmonare il dimostra la seguente osservazione, che anche per la genesi eziologica del fatto morboso merita di essere studiata.

Una povera madre di molti e ancora piccoli figli, nata da parenti sani, di anni 40, di tempra sanguigno-biliosa, di costituzione primitivamente robusta, ed a segno che potè allattare tutti i suoi nati, ora affralita però per istenti d'ogni genere e domestici dispiaceri, che da tempo le alterarono la salute, entrava in Clinica il 9 dicembre 1864 al letto num. 362. Il dottore Edoardo Martelli ne prendeva cura per la compilazione della storia.

L'anamnesi remota non presentava nulla di notevole: vaiuolo a 15 anni: a 16 anni mestruazione che dappoi fu sempre regolare ed abbondante: a 25 anni matrimonio: da questo otto felici gravidanze, otto parti a termine, otto allattamenti, l'ultimo dei quali ha la data di tre anni: nessuna malattia di rilievo tranne una febbre gastrica sofferta in un puerperio, per cui fu salassata 5 volte e dalla quale guariva in 25 giorni.

L'anamnesi prossima rimonta ad una data già un po'antica, e dimostra un generale deperimento fisico, costituito da emaciazione, debolezza, impotenza ai lavori di casa, inappetenza, cardiopalmo, affanno di respiro; malessere, che dura da qualche anno e prese maggiore

imponenza negli ultimi due mesi, per essersi manifestata la tosse ora secca, spasmodica, ad accessi; ora accompagnata da espettorazione mucosa, con vomiti, dispepsia, febbre lenta, e soppressione completa dei lunari benefizi.

Alla sua entrata nell'ospedale oltre i caratteri esterni di persona cachettica e denutrita, come pelle anemica, carni floscie, mancanza di pannicolo adiposo succutaneo, pomelle sporgenti, si trovarono tutti i segni di una tubercolosi polmonare circoscritta alla sommità di destra. All'inspezione trovossi il torace ischeletrito con atrofia completa delle ghiandole mammarie ; inspirazioni incomplete con immobilità delle costole superiori destre : ottusità alla percussione nelle fosse sotto e sopra spinose destre : suono più chiaro ma falso alla fossa sotto claveare destra : suono polmonare normale alla base di destra tanto in avanti come all'indietro ed a tutto il lato sinistro : all'ascoltazione soffio bronchiale, rantoli umidi sotto-crepitanti e crepitanti a grosse bolle, quasi di gorgolìo , con rantoli sonori circoscritti alla sommità di destra : e leggiera pettoriloquia corrispondente ; rumor respiratorio anche un po' esagerato nelle altre parti del polmone destro ed a sinistra : movimenti del cuore frequenti, regolari con suon di valvola molto secco alla base : polsi piccoli, frequenti, a 80, respirazioni 25, temperatura + 37 alla regione ascellare, freddiccie le estremità : inappettenza assoluta, alvo irregolare, notti insonni, agitate, disturbate dalla tosse soventi secca, insistente, molesta, seguita poi nelle ore mattutine da espettorazione siero-muco-purulenta, nella quale il microscopio scoperse molti globuli purulenti, cellule epiteliali in quantità e qualche fibra elastica. Per rapporto alle secrezioni le orine normali, leggier sudore notturno.

La cura venne incominciata coll'uso dell'estratto d'a-

conito e laudano, quindi continuata col lungo uso della codeina, con che la tosse si calmò e le notti trascorsero più tranquille: il latte vaccino, l'olio di merluzzo, il ioduro d'amido, la gelatina di lichene furono i mezzi adoperati per ricostituire quell'organismo tanto male andato, fino a tanto che si potè concedere anche qualche cibo nutriente da cui prima rifuggiva il ventricolo: la magnesia, il magistero di bismuto, gli amari furono amministrati contro il catarro gastrico. Due volte, a lunga distanza, gli sputi si fecero leggermente sanguinolenti; a questo accidente soccorse l'infuso di segala cornuta: la secrezione muco-purulenta venne moderata con piccoli caustici applicati alla regione sottoclaveare destra: con questa cura, malgrado alcune alternative di bene e di male, pur tuttavia miglioraronsi le condizioni generali, aumentò d'alquanto il peso del corpo, cessò la febbre vespertina, si ridussero a ben poca cosa la tosse e l'espettorazione; ma con tutto ciò, percuotendo la regione sotto-clavicolare destra e anche la regione sopra-spinosa, avendo riguardo di far fare contemporaneamente una forte inspirazione a bocca spalancata, si percepiva distinto il suono di vaso fesso; e il soffio cavernoso e qualche grosso crepitio indicavano la persistenza del processo anatomo-patologico, dell'usura polmonare, della caverna tubercolosa.

Dopo una permanenza di 138 giorni, ben si potè riconoscere un notevole miglioramento avvenuto; la misera se ne mostrava contentissima, ma guarigione non aveva acquistata per ciò, tutt'altro.

Essa lasciò l'Ospedale il 26 aprile, passarono parecchi mesi prima che ne avessi altra notizia: nell'ottobre fui chiamato in una misera soffitta: vi trovai la mia malata: era morente: l'abbondante espettorazione, la diarrea, il sudore colliquativi, la febbre lenta l'avevano

consunta! Forse in un adatto ospedale e con una cura conveniente avrebbe potuto vivere di più, ma di qual vita?!

Sempre precaria, sempre valetudinaria è la vita dei tubercolosi, anche quando l'arte arriva ad ottenere segnalati miglioramenti, ciò dimostra pure quest'altra pratica osservazione.

Una giovane servente d'anni 22, di temperamento linfatico, di costituzione gracile, macilenta, datasi ad una vita piuttosto faticosa, ma pasciuta con vitto sano e riparatore, entrava nella Clinica l'11 aprile 1865, e veniva coricata al numero 351: ne prendeva nota il dottore Alloati. Essa non seppe darci ragguagli della salute dei suoi genitori che da tempo aveva perduti: narrava di avere sofferto il vaiuolo a 8 anni, ma traccie visibili non ne portava. Di malattie infantili non ricordò se non la frequente elmintiasi e le facili epistassi. Fu mestruata a 14 anni; a 15 fu salassata quattro volte per ottalmia che guariva dopo soli 10 giorni; a 18 anni ebbe una flussione di petto curata con altri quattro salassi e guarita dopo 20 giorni. A 21 anno ebbe un dolore puntorio al costato sinistro, guarito in 8 giorni con cataplasmi e riposo. Dopo, stando in Fossano suo paese, era colpita da febbri periodiche a tipo vario, invano curate più volte col chinino e che durarono oltre 6 mesi. D'allora in poi la mestruazione si fece scarsa, deperì la sua costituzione, comparvero sudori notturni, comparve la tosse: e quando entrò all'ospedale, da oltre 15 giorni, senzachè perciò avesse rimesso dalle sue fatiche, era cresciuta la tosse con generale malessere, prostrazione di forze, febbricciattola continua: aveva adoperati acqua di sedlitz ed emetico, ma, come era naturale, non ebbe che maggior sfinimento. Alla prima visita il suo abito esterno, la flaccidità della muscolatura, la sottigliezza della pelle ben mostravano lo stato di cachessia.

Il petto allungato, stretto, appiattito, infossato sotto e sopra le clavicole; la tosse insistente, molesta, con abbondante espettorazione muco-purulenta, nella quale l'analisi microscopica, previa reazione operata con una soluzione di potassa caustica, mostrò numerose granulazioni tubercolari e distinte fibre elastiche; l'ottusità e 'l difetto di rumore vescicolare all'apice dei due polmoni: i rantoli sibilanti, russanti e mucosi, disseminati, con forti crepitii in alto: le incomplete inspirazioni, il soffio bronchiale mostravano l'esistenza di infiltrazione tubercolare al periodo di fusione parziale, con catarro bronchiale; i polsi a 100, la temperatura a 37 2|5, nelle ore mattutine, il sudore notturno, la cefalea, l'anoressia, la dispepsia, il senso di rottura generale, le orine scarse e sedimentose indicavano leggiero stato febbrile.

La cura venne incominciata con lambitivi oleosi, coll'estratto d'aconito e colla codeina; poscia continuata con alimentazione tonica, latte vaccino, gelatina di lichene, vescicanti volanti ripetutamente applicati sul petto. Con ciò lentamente il sudore notturno cessò quasi del tutto, l'espettorazione diminuì di molto, la tosse si rese meno frequente, meno molesta, la temperatura si ridusse a 36 2|5, i polsi discesero a 80, il respiro si fece più libero e dopo una permanenza di 72 giorni l'ammalata soddisfatta, allegra e piena di fiducia nella guarigione voleva lasciare l'ospedale: lo stato della sua nutrizione però era sempre meno che lodevole, il suo peso netto, di 44 chilogrammi ed otto ettogrammi, non s'era aumentato notevolmente e l'esplorazione fisica del petto dimostrava persistente una respirazione bronchiale molto rumorosa con difetto di rumore vescicolare e ottusità alle fosse sopra spinose tanto dell'uno come dell'altro lato, e qualche crepitio grosso circoscritto in quelle regioni dove più manifesti sono i segni fisici di questa malattia.

Il lettore avrà già compreso che io non poteva parteci-

pare alle belle speranze dell'ammalata: ben mi guardai dal rapirgliele, ma alla scolaresca mia illusioni non lasciai sull'esito finale!!

Se importa assai lo esaminare attentamente i tubercolosi quando se ne intraprende la cura allo scopo di fare preciso il diagnostico, non è di minore importanza per il pronostico lo esaminarli anche con maggiore scrupolo a cura finita, potendo essere benissimo che con essa non sia terminata la malattia o sieno solo cessati alcuni sintomi più o meno gravi ed imponenti, senza che per ciò sia tolto dalla radice il fondo patologico, il *substratum* morboso che tardi o presto può risvegliare tutta la scena fenomenica primitiva.

Questo precetto vale in genere pelle malattie croniche tutte, ma per la tubercolosi polmonare specialmente vuol essere inculcato: avvegnachè, massime nelle prime sue fasi, a volte l'emottisi, il catarro bronchiale, la febbre, ed altri fenomeni morbosi sieno superati, senza che l'ammalato possa dirsi guarito, mentre lo è in apparenza soltanto. Che se ciò è vero per le cure lungamente protratte delle quali ho fatto parola, *a fortiori* serve per quei casi in cui un pronto miglioramento fa interrompere la cura assai per tempo, come nei casi che qui riporto.

Una cameriera d'anni 24, d'abito strumoso pronunciato, con manifeste cicatrici scrofolose al collo, orfana di padre e madre, che morirono in giovane età, entrava in Clinica al num. 361 il 26 aprile 1865. Ne prendeva notizia lo studente Bosco Carlo.

Nelle prime età essa aveva sofferto tosse asinina e verminazione: mestruata a 13 anni, per giovanile imprudenza avendo bagnati i piedi nella neve per liberarsi, come disse, da quella molestia di emorragia, ebbe a cogliere un'artritide al ginocchio destro per cui fu salassata 4 volte. A 18 anni ebbe per quaranta giorni le febbri

periodiche dominanti nel suo paese (Cuneo). Da poi per una gravidanza furtiva terminata il 14 dicembre 1864, ebbe a soffrire patemi d'animo e dispiaceri continui, che la obbligarono all'ufficio di cameriera cui non era abituata: dovette cambiare tre volte di padrone, ed affaticandosi per vegliare le notti e attendere di giorno ai suoi lavori dentro e fuori di casa, anche in giorni piovosi, cominciò a soffrire di tosse, affanno, cardiopalmo, febbre vespertina, sudore notturno, malessere, anoressia, deperimento progressivo, il quale crebbe tanto più rapido quanto minori erano i riguardi che la meschina potevasi usare. Così la durò per oltre quattro mesi, finchè comparve un dolore laterale al costato sinistro con febbre più gagliarda e tosse ed espettorazione abbondante, patimenti che furono trascurati ancora per 20 giorni e finalmente la obbligarono all'ospedale.

La macilenza e la floscezza delle carni indicavano uno stato di deperimento marcato: il torace allungato, stretto, piramidale le dava tutta l'esterna forma dell'abito tisico o pettorale così detto: il dolore puntorio del costato destro era associato a leggiera gibbosità del torace nella regione basilare, con ottusità e difetto di rumor vescicolare e nelle più forti inspirazioni distinto fregamento pleurale: oscuro era il rumor respiratorio vescicolare a tutto il destro lato ed anche un po' alla sommità di sinistra, dove il suono polmonare era meno chiaro, e pur percepivasi qualche grosso rantolo crepitante: frequenza di respiro, 30 per minuto, 104 pulsazioni, 39 2|5 di temperatura: sudore notturno: movimenti del cuore con impulso forte, esagerato, frequente e leggiera gibbosità precordiale tra la terza e la sesta costa: l'apice del cuore pulsante nel 5° spazio e nella linea mamillare: nell'apparato digerente, leggiero stato catarrale del ventricolo: nelle rimanenti funzioni nulla di notevole.

Fu diagnosticata una *pleurite con tubercolosi polmonare e ipertrofia di cuore.*

La cura venne cominciata con rigorosa astinenza, cataplasmi emollienti sul luogo dolente, riposo assoluto, lambitivi oleosi, bevande cianogenate: e dopo ridotta la febbre (polsi 85, resp. 25, temp. 37 2|5) coll'applicazione di un epipastico alla base del costato destro. Dopo dieci giorni i polsi erano a 70, la temperatura 36, le respirazioni 20; persisteva ancora qualche puntura al costato destro con ottusità corrispondente e leggier fregamento pleurale, ma la gibbosità non era più sensibile; poca la tosse. con qualche sputo muco-purulento, nel quale il microscopio rivelò molti globuli del pus, nessuna fibra elastica; diminuito il sudor notturno, appetenza, benessere. Si prescrisse una dieta nutriente, latte vaccino, olio di merluzzo. Tutto andò per lo meglio; dopo soli 27 giorni l'ammalata lasciava l'instituto clinico, ma il rumore respiratorio vescicolare era sempre deficiente alla sommità dei due lati, il rumor bronchiale era colà soffiante; la tubercolosi al primo periodo non era risolta e colla cardiopatia associata presto o tardi sotto l'influenza di cause occasionali sarà andata all'esito suo. Tale fu il mio pronostico.

Dai narrati casi risulta l'influenza delle cause debilitanti nella produzione della tubercolosi, che alcuni senza badare più che tanto ai progressi della scienza, si ostinano ancora a chiamare *tubercolite* ed a curare con salassi anche ne' periodi avanzati: come avvenga l'eziogenesi della tubercolosi mostra chiaramente il fatto seguente, che vorrei meditato da quanti arditamente spingono oltre ogni moderazione le sottrazioni di sangue nella cura delle più ordinarie malattie flogistiche: le emorragie troppo ripetute o troppo abbondanti possono portare alla tubercolosi: eccone la prova:

Una buona massaia, d'anni 24, di tempra linfatico-sanguigna, d'abito macilento, data ad una vita abbastanza comoda, con vitto buono e abitudini tutte regolatissime, entrava nella clinica il 10 marzo 1865, al N. 357. Ne redigeva la storia patologica il già lodato dott. Alloatti.

Essa narrava come fosse stata mestruata a 15 anni e sempre regolarmente ed abbondantemente malgrado molte e gravi malattie sofferte: tra le quali enumerava 1ª una malattia di petto sofferta a 17 anni e che, curata con 12 salassi la lasciava infermiccia per due mesi e mezzo; 2ª un' altra flussione di petto con pleuritide sofferta a 22 anni, durante la sua prima gravidanza, e trattata con egual numero di salassi e guarita solo dopo due mesi di malattia; 3ª un'abbondante enterorragia nell'ultimo mese di gestazione; 4ª una metroperitonite puerperale per effetto di parto lungo e laborioso, guarita però prontamente senza salassi e coll'applicazione topica dell'unguento napoletano.

Dopo la sofferta emorragia intestinale le sue forze si indebolirono a tal segno da non rilevarsi più, e dopo il parto cominciò una tossicola lenta, secca, insistente, con difficile digestione stomacale, nausee, vomiti, cardialgia, cardiopalmo, abbattimento fisico e morale, melanconia, febbre vespertina, sudore notturno, doglie di ventre, invano trattate con ripetuti purganti suggeriti dall'empirismo; intanto da quattro mesi diminuirono i benefizi lunari sino a cessare completamente, non ultima ragione questa di una fenomenia generale esprimente iperemia. La cefalea gravativa e vertiginosa, i crampi alle estremità, i rumori d'orecchi, gli occhi scintillanti, la vista offuscata, la faccia suffusa appartengono a quest'ordine di fenomeni. Il dimagramento generale, la pelle floscia, la muscolatura ipotrofica mostravano profonda

lesione nei processi nutritivi: il torace stretto e macilento e avvallato nelle fosse sopra e sotto claveari, la oscurità del rumor respiratorio vescicolare e l'ottusità polmonare in alto, il soffio bronchiale, i rantoli mucosi sottocrepitanti e sibilanti circoscritti all'apice de' polmoni indicavano tubercolosi parziale dai due lati. Intanto i movimenti del cuore erano esagerati per frequenza, con timbro metallico e impulso molto forte: i polsi celeri, sfuggevoli, a 75, temperatura a 37: dispepsia, anoressia, aree epatica e splenica molto estese, ventre teso, vomiti, alvo chiuso: orine scarse e sedimentose completavano la scena patologica.

Col riposo, coll'astinenza, con un purgante oleoso si semplificò tosto la fenomenia morbosa: cessarono tutti gli altri sintomi persistendo solo la tosse con abbondante espettorazione muco-purulenta e sudore notturno: l'esame degli sputi dimostrò in essi la presenza di molte fibre elastiche le quali col rantolo mucoso come di gorgolìo alla sommità del polmone sinistro indicarono usura polmonare parziale: la cura semplicemente igienica bastò per produrre un marcatissimo miglioramento: cessò il sudore, scomparve quasi affatto la tosse; senza il soccorso dei segni statici sarebbe stato impossibile giudicare delle vere condizioni di salute di quest'ammalata. Essa dopo soli 22 giorni lasciava l'ospedale in apparente stato di benessere, portando con sè però un principio di malattia, che avrà avuto le sue conseguenze o presto o poi; e ciò a seconda delle più o meno favorevoli condizioni igieniche fra mezzo alle quali le sarà toccato di vivere, e che sono pur sempre le influenze meglio conosciute così dei miglioramenti come dei peggioramenti della malattia in discorso nelle varie sue fasi e periodi, ma specialmente ne'suoi primordii.

Una buona igiene nel più vasto significato della parola

è la più sicura profilassi della tubercolosi: se la scienza fosse consultata per i matrimonii e per le vesti e per le case e per i cibi e per le professioni, al certo si potrebbe diminuire il numero di questi malati che tanto contribuiscono ad aumentare la cifra dei decessi massime nelle grandi città. Con precetti igienici saggiamente interpretati e rigorosamente applicati a volte si può a lungo protrarre la vita dei tubercolosi ed impedire od arrestare per a tempo i progressi di questa malattia. Ma anche la medicina pratica deve concorrere a questo fine: l'abuso del metodo antiflogistico, e specialmente del metodo depletivo, anche diretti ad altre malattie, può essere causa predisponente alla tubercolosi; se poi adoperati nella tubercolosi stessa, ne la aggrava certo e la fa correre più pronta agli esiti suoi: la moderazione nelle cure deprimenti, l'astinenza o la parsimonia nel salasso in tutte quelle malattie che o non lo indicano assolutamente o ricisamente lo controindicano, come è appunto la tubercolosi, questo metodo di applicazione terapeutica che malgrado i suoi oppositori più o meno accaniti pur si fa strada nella pratica giornaliera, deve avere la sua parte e nel prevenire e nel render meno fatale la tubercolosi che fa misero scempio dell'umana razza.

A questo effetto deve pur contribuire la maggior facilità del diagnostico di questa malattia fin dai primi suoi periodi: l'anamnesi accuratissima, l'esame rigoroso degli ammalati, l'inspezione minuta e della forma del torace e della sua mobilità nell'atto respiratorio; la palpazione delle sue fosse e gibbosità; l'ipotrofia muscolare e la scomparsa del pannicolo adiposo sottocutaneo nelle sue pareti: la percussione, l'ascoltazione fatte di conserva coll'analisi microscopica delli sputi e coll'estimazione esatta di tutti i sintomi razionali, nella grandissima maggiogioranza dei casi permettono con sicurezza la diagnosi

anche ne' primordii del male, che tanto più facilmente si può curare quanto più presto si conosce. Il perchè quando un individuo s'immagrisce e deteriora e suda la notte ed ha respiro affannato e tossisce e soffre dolori vaghi al petto con brividi vespertini con successivo calore febbrile, massime se la fenomenia da tempo dura e tenne dietro a cause debilitanti di qualunque genere esse sieno, si ha ragione di presumere la tubercolosi polmonare; e raro è in tali casi, che l'immobilità delle costole superiori nelle più del naturale limitate inspirazioni; e le infossature sopra e sotto clavcari, sotto e sopra spinose; e l'ottusità alla percussione, e l'espirazione prolungata, e 'l difetto di rumor vescicolare e 'l soffio bronchiale e la broncofonia e i rantoli sonori ed umidi circoscritti alla sommità dei polmoni, dall'un solo o dai due lati e gli sputi muco-purulenti contenenti fibre elastiche, non vengano a confermare il diagnostico e della reale infiltrazione tubercolare e dell'induramento polmonare e della fusione tubercolare; che da poi, e col soffio e col rantolo e colla voce cavernosi, e col suono di pentola fessa e colla tosse e altri rumori anforici nelle più grandi caverne si rende maggiormente palese, associandosi alla febbre lenta, ai sudori colliquativi, alle interminabili diarree che fanno perire il tubercoloso per vera consunzione (ftisi), per anemia e leucoemia, conseguenze di cattiva elaborazione di globuli sanguigni.

Interessante per il diagnostico anatomo-patologico della tubercolosi polmonare gli è il seguente fatto che per non essere tra i più comuni amo qui riferire.

Una guardia-sale della ferrovia, d'anni 43, di temperamento bilioso, già robusto, ora di molto deteriorato nelle sue condizioni fisiche, entrava in Clinica il 7 giugno 1865 al num. 151. Le annotazioni circa questo fatto morboso erano raccolte dal dottor Volonteri.

Tra le precedenze morbose si notò: 1. Una congiuntivite lenta che durò molti anni; 2. Febbri intermittenti le quali, endemiche nel suo paese (Abbiategrasso), il travagliarono per bene 11 mesi; 3. Sifilide primitiva e secondaria (adeniti inguinali e cervicali — artritide sifilitica); 4. Il cholera asiatico nel 1854 in Genova, dopo il quale ebbe a soffrire sempre di facili diarree; 5. Una pleurite destra all'età di 34 anni curata con tre salassi; 6. Una febbre migliare con pleurite sinistra all'età di 40 anni, per la quale gli si fecero cinque salassi.

Fu dopo quest'ultima malattia che le sue forze si indebolirono e che dovette desistere da più faticosi lavori per attendere a quello assai più comodo di guardia-sale: restò tossicoloso e dispnoico ma pur tuttavia non ebbe più ad interrompere le sue occupazioni: solo nel giorno 29 maggio, per essersi trovato in mezzo a due correnti d'aria fredda, venne subitaneamente colpito da un forte dolore che dalla spalla sinistra estendevasi al collo, al lato sinistro del torace sino al capezzolo della mammella e al braccio ed antibraccio sinistri i cui movimenti restarono per ciò impediti.

Gli furono applicate mignatte alla regione sottoclaveare, si continuarono a lungo cataplasmi emollienti, ma senza pro; la tosse crebbe e venne accompagnata da espettorazione siero-mucosa spumeggiante da principio, in seguito muco-purulenta abbondantissima; e intanto il dolore si fissò alla parte superiore del torace sinistro, dove presto venne percepito dall'ammalato stesso un forte rumore di gorgoliò. In tale condizione ricorse all'ospedale: la flaccidezza delle sue carni, il suo colorito pallido, la sua macilenza indicavano malattia di antica origine: l'abito esterno oltre numerose cicatrici e induramenti ghiandolari al collo ed all'inguine sinistro, e molte macchie di vescicanti applicati sul torace sinistro, mostrò

un doppio varicocele e numerose varici nodose alle estremità inferiori: esplorando il torace si trovò il medesimo immobile nell' inspirazione alla sommità di sinistra: la regione sottoclavicolare sino al capezzolo della mammella non presentava altra modificazione nel colorito della pelle tranne ecchimosi lasciate da recenti morsicature di mignatte: era però pronunciato l'edema sottocutaneo con crepitio alla pressione e manifesto rumore idro-aereo corrispondente specialmente al secondo spazio intercostale: persisteva acuto il dolore, che dalla regione succlavia estendevasi all'indietro fin sotto la scapola ed esacerbavasi specialmente nell'inspirazione e nella tosse. Il terzo superiore del torace sinistro era intieramente ottuso alla percussione; e coll'ascoltazione, oltre al difetto di rumor vescicolare ed al soffio bronchiale quasi cavernoso, era evidente tanto in avanti quanto all'indietro un grosso rantolo di gorgolìo. Da questo lato solo in basso il rumor vescicolare era distinto; e a destra per i soli due terzi superiori; mentre nella parte inferiore era deficiente: ivi la percussione dava suono ottuso: fosse per il grande volume del fegato, la cui area era un terzo maggiore del normale, fosse per aderenze o pseudo-membrane lasciate dalla sofferta pleurite. Le respirazioni erano 30 per minuto e *ad sensum* del malato sempre un po' difficili ed incomplete, la temperatura a + 36, i polsi a 65 battute per minuto: i movimenti e suoni cardiaci normali: leggier catarro gastrico, alvo sciolto, orine molto pigmentate e cariche di sali terrosi e muco. L'espettorazione muco-purulenta e a volte, massime dopo le ripetute esplorazioni statiche, sanguinolenta, non ci presentò mai distinte fibre elastiche; tuttavia per tutti gli altri segni era evidente l'usura polmonare con fistola, senza della quale sarebbe stato inconcepibile il rumore idro-aereo e l'enfisema sottocutaneo. Manifestamente la causa reu-

matizzante che avea prodotto il dolore nerveo muscolare all'arto sinistro, aveva determinato ad un tempo un flemmone endo-toracico, con pleuro-polmonite circoscritta al lobo superiore, la quale passò poi facilmente all'esito di suppurazione e cavernulizzazione e infistolimento per alcune condizioni morbose precedenti, aderenze pleurali, induramento polmonare, infiltrazione tubercolare. Senza ammettere queste condizioni morbose non si potrebbero spiegare e la tosse e la dispnea e l'indebolimento costituzionale, che tennero dietro all'ultima malattia sofferta a 40 anni.

Quest'ammalato stette nell'ospedale 38 giorni: col riposo, colla calma morale e fisica, con un vitto nutriente, coll'uso interno della gelatina di lichene, ed anche del latte vaccino e dell'olio di merluzzo, poco tollerati però per la facilità alla diarrea; coll'uso topico di emollienti; mentre non ebbe febbre mai, migliorò notevolmente; più volte occorse la detta emorragia, massime quando lo si voleva obbligare a molte e forzate inspirazioni, ma la ebbe sempre in miti proporzioni e alfine cessò colla segala cornuta più volte ripetuta; il dolore alla spalla fu ostinato e soventi accompagnato con parestesi alla mano sinistra, ma pur esso cessò colle applicazioni torpenti e sedative: il crepitio per enfisema succutaneo andò limitandosi sino a scomparire affatto: le respirazioni si ridussero a 22, la tosse a poca cosa, con pochissima espettorazione: pure lo stato generale era sempre cachettico, il torace sinistro sino alla mammella era sempre ottuso, e l'ascoltazione in questa regione a vece di rumor respiratorio laciava percepire semplice soffio bronchiale e cavernoso con broncofonia e qualche bolla di grosso rantolo umido. In tali condizioni l'ammalato abbandonò l'ospedale, riprese le sue funzioni alla ferrovia, dove il vidi per qualche mese ancora; infine scomparve. Come avrà terminato?

Non so, ma certo il mio pronostico non poteva essere gran cosa favorevole: ben si sa qual vita tocchi a chi ha tutto o parte di un polmone fuori d'uso per suppurazione! Quando il profluvio purulento non ne consumi l'esistenza, questa è pur sempre minacciata per l'enfisema e la acuta o la lenta polmonite che arriva presto o tardi nella parte che è chiamata a funzione supplementaria. Tale è la regola. I casi in cui una vomica polmonare può guarire e permettere lunga vita sono affatto eccezionali e si riferiscono a polmoniti acute non tubercolose. Ne ricordo un rimarchevole esempio che ebbi ad osservare insieme al collega mio il professore Lorenzo Bruno: Un ricco banchiere ebbe molti anni or sono polmonite e vomica abbondante e lunga espettorazione purulenta; pur guarì, e vive tuttora. In altri casi, tra cui un mio prossimo e caro parente, alla vomica consecutiva a polmonite acuta vidi succedere la polmonite lenta tubercolosa e la morte per consunzione, previe emorragie, come nell'ora narrato, e più gravi ancora.

Frequente sintoma della tubercolosi è l'emottisi: a volte la precede ed è in allora vero in tutta l'estensione del termine l'aforismo Ippocratico *post sanguinis sputum puris sputum*; mi ricordo di avere osservato questo sputo sanguigno a volte più, a volte meno grave, ma scevro da segni fisici indicanti positivamente la presenza dei neoplasmi tubercolari nel polmone, essere pur tuttavia seguito dopo anni ed anni dallo sviluppo della tubercolosi la meglio dichiarata: un caso avvenne nella Clinica in tale che per avere ogni mattino dopo il sonno qualche sputo tinto di sangue lo si sarebbe detto affetto di epistassi delle narici posteriori, se l'accompagnatura della tosse e i caratteri dello sputo misto *sanguigno-mucoso*, e ancora qualche punto di torace ottuso con difetto di rumor vescicolare e crepitii, non avesse lasciato

fondato dubbio di tubercolosi, che solo dall'osservazione ulteriore si sarebbe potuta diagnosticare positivamente. Il malato stette pochi giorni in Clinica e del resto nulla presentò di notevole, cosicchè stimo inutile riportarne la storia.

Altre volte l'emorragia accompagna la fusione tubercolare e tien dietro a usura vascolare, epperciò egli è il *puris sputum* che precede il *sanguinis sputum.* Già due osservazioni riportai di usure polmonari nelle quali occorse emorragia secondaria o sintomatica che si voglia dire; interessante a questo proposito si rende la seguente storia redatta dal dottor Pagni, dalla quale risulta quanto possa essere ostinata e ribelle l'emorragia che accompagna l'etisia polmonare.

Un domestico, d'anni 29, di temperamento sanguigno, abito macilento e mediocre costituzione, entrava il 14 aprile 1865, al num. 146 della Clinica. Egli narrava come malgrado la pregressa vaccinazione avesse nell'età infantile sofferto il vaiuolo che durò un mese e terminò con abbondante suppurazione. Un'altra febbre eruttiva, la risipola alla faccia, il colpiva a 24 anni; fu curata con cinque salassi. A 26 anni ebbe una bronchite; fu trattata con tre o quattro salassi e mignatte sul petto, e la durò più di due mesi. Sofferse da poi di congiuntivite granellosa, ossia ottalmia bellica, curata con due salassi e ripetute cauterizzazioni, non vinta però, avvegnachè un po' di catarro congiuntivale abbia sempre persistito. Il suo padre moriva a 38 anni per malattia acuta; la sua madre soccombeva alla stessa età, ma per tisi polmonare; ed egli da circa due anni, fu sempre tossicoloso, con accessi di tosse più frequenti nel mattino e nella sera; dimagrò d'assai ed ebbe ancora varii sbocchi di sangue. Il primo in maggio 1864, non molto abbondante, ma associato a febbre, fu curato con tre salassi.

coi quali si arrivò *usque ad animi deliquium* : l'altro in ottobre, molto più abbondante, cessò senza cura speciale : il terzo sbocco di sangue fu quello per cui venne all'Ospedale.

Durava da cinque o sei giorni, era accompagnato da febbre vespertina, e da sudore notturno, non che da massima debolezza ; l'espettorazione era siero-mucosa, mista però a sangue nerastro : la tosse non molto violenta, le respirazioni 25 per minuto, le inspirazioni abbastanza facili e complete; colla percussione il torace si trovò meno sonoro alla sommità così di destra come di sinistra : coll'ascoltazione il rumor vescicolare in questi punti oscuro con bolle di rantoli umidi, il soffio bronchiale pronunciato. I polsi a 70, la temperatura a + 37 : inappetenza, alvo chiuso, ventre teso, due afte nella mucosa buccale, cefalea gravativa, del resto nulla di notevole nelle altre funzioni. Dopo 5 giorni di cura rigorosamente negativa con l'aggiunta di un purgante salino (limonea magnesiaca), era cessata l'emorragia, gli sputi si erano fatti muco-purulenti, i polsi ridotti a 60, la temperatura ascellare a + 36, non v'era più sudore notturno ; si prescrisse olio di merluzzo, latte vaccino e il quarto di porzione. Il 22 aprile dopo un forte urto di tosse ebbe luogo nelle ore mattutine una leggiera epistassi e verso il meriggio un'abbondante emorragia dal petto. Si ritornò al regime negativo, al ghiaccio, e si prescrisse un infuso di segala cornuta (3 grammi per 0|0); si frenò l'emorragia, ma non cessò affatto. Il 24 riprese l'epistassi e 'l 25 cessata questa ritornò più abbondante la pneumonorragia. Si ricorse alla ratania col tannino persistendo sempre nell'uso della infusione di segala. Si notò come le estremità per la continuazione dell'emorragia si fossero fatte freddiccie ; mentre la temperatura ascellare salì anche a + 38, alla palma della mano il

termometro non segnava che 34 e 2|5 e 35 : intanto le respirazioni erano 26 e le pulsazioni alquanto irregolari da 60 a 70. Con alternative diverse di più e di meno, malgrado la continuazione della segala, del tannino e della ratania l'espettorazione continuò sanguigna sino al 1° maggio. Da poi essa fu sempre muco-purulenta e solo per intervalli in mezzo a molti sputi bianchi massime dopo sforzi di tosse, o di defecazione, si trovava qualche sputo roseo : l'esame ripetuto di questi sputi fatto col microscopio dimostrò molta sostanza granulosa, cellule epiteliali infiltrate di grasso, globuli sanguigni : le fibre elastiche che da principio (23 aprile) mancavano, si trovarono da poi distintissime (esame fatto il 24 maggio): mentre alla sommità di sinistra persisteva il difetto di rumor vescicolare con rantoli mucosi a grosse bolle e soffio bronchiale e ottusità alla percussione, alla sommità di destra oltre questi segni si percepì un distinto rantolo di gorgolìo, ragione per cui si applicò un caustico colla polvere di Vienna, alla regione sotto-clavicolare. Con la continuazione dell'infuso di segala, del latte vaccino, dell'ictioleo, le condizioni generali si migliorarono, cessò il sudore notturno affatto, più non comparve febbre, la tosse diminuì di molto e anche l'espettorazione si fece assai meno abbondante. Il 4 giugno, dopo una permanenza di 50 giorni, il malato lasciò l'ospedale per l'aria montana che gli venne consigliata come mezzo di ricostituire sempre più il suo organismo affralito. Avrei desiderato sapere l'andamento ulteriore di questo fatto morboso ma non ne ebbi altra notizia.

Esso mostra come l'insistente emorragia polmonare ne' tubercolosi si possa colla insistenza vincere e anche con rimedii interni, senza il bisogno di depauperare maggiormente l'organismo colle sottrazioni di sangue ; argomento sul quale non insisterò dopo quanto ne ho detto

nell'altro mio rendiconto (pag. 102 e seguenti). Fin d principio i segni fisici mostravano come l'emorragia fosse sintomatica di tubercolosi, ma l'andamento ulteriore della malattia, i segni fisici che sempre più evidenti si resero, misero fuori di dubbio anche il periodo di fusione cui era arrivata e più a sinistra che non a destra. E postochè accenno ad un punto diagnostico, non voglio passare sotto silenzio il valore che hanno le fibre elastiche trovate negli sputi. Se si trovano palesi, esse indicano senza dubbio l'usura polmonare, l'ulcerazione, l'istomalacia; ma se non si trovano non escludono la tubercolosi nullamente: conviene sovente ripetere l'esame e a lunghe distanze; può darsi che il risultato negativo in principio, nol sia più in seguito; il narrato fatto ciò dimostra e la ragione è facile a comprendersi: anche indipendentemente dalle difficoltà tecniche per cui le ricerche possono riuscire negative, sta sempre vero che le fibre elastiche non possono esistere negli sputi prima del periodo di suppurazione e fusione tubercolare e distruzione del tessuto polmonare.

Della pleurite.

Discorrendo di malattie polmonari gli è impossibile non toccare della pleurite, ed esponendo osservazioni di polmoniti acute e lente, e di tubercolosi, già ho narrati alcuni esempi di flogosi degli involucri sierosi polmonari.

Questi possono infiammarsi isolatamente dal polmone: stando però alle mie osservazioni i casi di pleurite semplice, sano rimanendo il parenchima polmonare sono relativamente rari: intendo di pleurite un po' grave non di quelle leggierissime che corrono a volte col nome di pleurodinie, di punti pleuritici, e che soventi non sono neppure diagnosticate, quantunque debbano essere fre-

quentissime se giudichiamo delle aderenze pleuritiche leggiere e parziali che riscontriamo negli individui che asseriscono di mai aver sofferto mal di punta e solo accusano precedenze di febbri reumatiche con dolori vaghi, passeggieri, fugaci al petto.

Nell'anno clinico i casi di pleurite furono 31, inegualmente divisi fra i due sessi, dappoichè 21 furono i maschi e solo 10 le femmine: la differenza è più marcata che non negli anni decorsi, ed anche tenendo il debito conto del numero dei maschi maggiore di un terzo, la cifra doppia di pleuriti negli uomini lascia credere ad una reale maggiore predisposizione del sesso forte sul sesso debole, conclusione che la statistica biennale già citata lasciava in sospeso (V. pag. 113 dell'altro rendiconto).

Delle 31 pleuriti 16 furono a destra, 13 a sinistra, due bilaterali; di quest'ultime, non contemporaneamente ma successivamente avvenute, darò le storie cliniche: la maggior disposizione della pleura destra sarebbe anche in quest'anno provata, quantunque meno dichiaratamente che non la sia stata nel biennio precedente: ed è singolare che nei maschi si equipararono i casi di pleurite destra e sinistra, mentre nelle donne sette furono a destra e tre sole a sinistra. Curiosa accidentalità dalla quale non vorrei trarre alcuna conclusione.

I casi di pleurite, fors'anche per una mutata costituzione atmosferica, furono, relativamente al biennio andato, assai meno frequenti, massime se la si considera come fatto isolato primitivo: le pleuriti genuine scompagnate da altre località morbose delle vie respiratorie non furono che sette, tre ne' maschi, e quattro nelle donne; in due casi si associò alla bronchite, in sei casi alla bronchio-polmonite, in cinque alla polmonite crupale, nei rimanenti casi essa fu socia di tubercolosi polmonare o primitiva

o secondaria. Rigorosamente parlando, la tubercolosi polmonare, per la flogosi interstiziale polmonare che ne è la conseguenza, prima o poi si associa sempre a pleurite, e 'l forte cemento che i polmoni tubercolosi, massime se scavati in caverne. acquistano colle pareti costali, non può avvenire senza la flogosi adesiva dell'Hunter : essa però per lo più è lenta, oscura ne è la rappresentanza fenomenica, tutt'al più rivelata da doloruzzi passeggieri, che appunto per la sede di predilezione dei tubercoli all'apice dei polmoni, si fanno sentire alla spalla, sotto la clavicola, alla scapola ; ed in tali casi soventi non hassene neppure a far caso nella formola diagnostica. Nel suddetto totale, devo notarlo, ho compreso soltanto i casi di pleuriti acute ed accompagnate da dolori intensi al costato, con febbre e segni statici corrispondenti, quali soventi occorrono nel lungo decorso della polmonite tubercolosa o per indole propria del morbo o per il concorso di raffreddamenti e altre cause occasionali, cui si può trovare facilmente esposto il malato anche nelle sale stesse dell'ospedale.

Tutte le età pagarono pressochè proporzionale contingente alla pleurite , non eccettuato il primo decennio, malgrado il piccolo numero di malati di quest'età compresi nel rendiconto : ecco il quadro relativo alle età :

Da 1 a 10	anni casi	1
Da 11 a 20	»	5
Da 21 a 30	»	7
Da 31 a 40	»	5
Da 41 a 50	»	6
Da 51 a 60	»	5
Da 61 a 70	»	2
		31.

Dividendo le professioni dei pleuritici in faticose e sedentarie troviamo in grande maggioranza le prime

(donne di servizio, muratori, cuochi, artigiani diversi, falegnami, fabbriferrai, lavandaie, ecc.). Di 31 malati 8 soli erano dati a professioni sedentarie (calzolai, sarta, pizzicagnolo, tipografo, tessitore in seta, zolfanellaio, guardia-sale) e tra questi l'influenza delle cause reumatizzanti non veniva esclusa dal genere di vita e di lavoro.

La stessa influenza causale risulta dallo studio delle stagioni in rapporto colle pleuriti delle quali si osservarono in

Dicembre	Casi	3
Gennaio	»	4
Febbraio	»	0
Marzo	»	7
Aprile	»	2
Maggio	»	7
Giugno	»	4
Luglio	»	3
Agosto	»	1
		31

Per quanto valgono queste poche cifre, esse esprimono palesemente che le stagioni estreme ponno egualmente dare la pleurite, la quale è però più frequente nelle stagioni intermedie nelle quali le variazioni atmosferiche sono più rapide e più sentite; il che risultò anche evidentemente dal quadro statistico riportato a pag. 115 del mio primo resoconto clinico.

I 31 casi di pleurite dettero in complesso 1274 giornate di presenza nell'ospedale: dividendo quest'ultima cifra per la prima, si ha un quoziente di 41 giorno il che veramente sarebbe molto, quando non si badasse che due soli malati ebbero una permanenza di 212 e 234 giorni per gravezza di esiti e di malattie complicanti, delle quali parlerò più sotto. Togliendo pertanto alla permanenza complessiva N. 446 giorni e dividendo i

residuo di 828 per 29 si avrebbe una permanenza media di soli 28 giorni; questa cifra supera ancora di 7 giorni la permanenza media trovata nel biennio decorso, nè alcuno sarà per istupirne considerando il buon numero di pleuriti osservate in individui tubercolosi che dovettero rimanere nell'ospedale non tanto per la flogosi pleurale quanto per la malattia principale che ve li aveva condotti: tant'è, che mentre il maximum di permanenza dei pleuritici nel biennio scorso era stato di 68 e 62 giorni, in quest'anno anche lasciate in disparte le permanenze eccezionali summentovate, troviamo le cifre di 82, 74; e per contro un minor numero di pleuriti a breve durata di 5, 8, 10, 11, 12 giorni. Nel biennio cennato in ben 15 casi di pleurite si era osservata una durata minore di 10 giorni: tale durata minima in quest'anno fu notata cinque volte soltanto. L'influenza delle stagioni calde contribuì alla durata minima, in via eccezionale però se ne osservò anche un caso in gennaio ed un altro in marzo.

Entro in tutte queste minute particolarità perchè le credo importantissime negli studi clinico-statistici: v'ha chi crede poco utile o inutile affatto la statistica applicata alla clinica: io non porto quest'avviso; è vero che la statistica nosologica è irta di difficoltà e che rimane soventi impossibile sommare assieme e trarre induzioni generali da cifre che non sono fra se stesse omogenee in tutta l'estensione del termine, tuttavia camminando con prudenza nelle illazioni, facendo le debite riserve e tenendo conto delle eccezioni e di tutte e singole le contingenze che possono variare il valore dei numeri raccolti, ragionando sempre sui medesimi, anzichè prenderli materialmente come si presentano, molti corollarii interessantissimi per l'eziologia e la fisiologia patologica si possono trarre dalle cifre statistiche rac-

colte nelle sale di clinica. Supponiamo pure che i calcoli non riescano sempre matematicamente esatti: fatto sta però che essi formano la sola base positiva sulla quale è dato di ragionare senza pericolo di fuorviare dalla rigorosa osservazione della medicina sperimentale. Chi contraddice la statistica clinica per nulla o assai male la comprende, o troppo più da essa pretende che dare non possa: le sia attribuito il valore che merita, nè più, nè meno; sia raccolta sopra vasta scala, in tempi e luoghi diversi, senz'altro scopo che la ricerca del vero, e sarà sempre un mezzo di più per risolvere molti quesiti di patologia generale e speciale.

Ho accennato sopra di due casi di pleurite con lunghissima permanenza dei malati nell'ospedale: l'uno si riferisce ad una povera serva che entrò nella clinica il 30 gennaio per pleuro-polmonite basilare destra: quantunque e 'l dolore laterale, e 'l fregamento pleurale, e 'l rantolo crepitante e gli sputi rugginosi rendessero indubbia la diagnosi fatta; quantunque l'alta temperatura di + 39 3|5, la frequenza delle respirazioni a 40 per minuto, e la frequenza del polso a 125, indicassero palesemente gravità di malattia; quantunque la cura fosse incominciata solo al terzo giorno dall'invasione febbrile: tuttavia con sole due dosi della solita mucilagine arabica stibiata (0,10) e cianogenata (acq. coob. l. c. g$^{mmm.}$ j), al quarto giorno di cura, settimo di malattia, nelle ore mattutine vi era quasi perfetta apiressia, e solo nelle ore vespertine persistette un po' di febbre, che andò scemando successivamente. Il 7 febbraio, 11 di malattia, dopo la applicazione di una pece di borgogna sul luogo dolente era cessato affatto e 'l dolore e 'l fregamento pleurale, solo persisteva il rantolo crepitante e anche più esteso e più pronunciato, come suol essere il rantolo crepitante di ritorno. Dopo 12 giorni dall'entrata, l'amma-

lata avrebbe potuto lasciare l'ospedale, se non insorgevano prima una linfangio-adenite ascellare, e poi ripetuti accessi di febbre periodica e successivamente ancora una gonartrite che la inchiodava nel letto e la teneva nell'ospedale per ben 212 giorni. Ritornerò più tardi su questa storia parlando del reumatismo articolare; ora amo meglio discorrere dell'altro fatto che più direttamente riguarda la pleurite, della quale tratto in questo capitolo.

Un giovane cuoco d'anni 26, robusto, tarchiato, muscoloso, colle apparenze del temperamento sanguigno-bilioso (appartenente però ad una famiglia dove v'ha labe strumosa, giudicando dalle condizioni fisiche d'una sua sorella, linfatica e zoppicante per tumor bianco al ginocchio) entrava in clinica il 2 dicembre 1864. Con lodevole diligenza ne scriveva la lunga storia il dottore Alessandro Chiappé.

L'anamnesi remota non ci fece conoscere precedenze morbose gravi; chè tali non erano state nè il vaiuolo discretissimo sofferto a 8 anni, del quale guariva in 12 giorni; nè le abituali epistassi avute nell'infanzia ed ora cessate del tutto: nè una stomatite flemmonosa con odontalgia sofferta a 18 anni: nè una gonorrea avuta nel giugno 1864, durata a lungo perchè empiricamente curata, e infine superata senz'altri inconvenienti. L'ammalato è ernioso, fin da bambino porta un'ernia scrotale destra, ma armato di cinto non se ne duole affatto. L'anamnesi prossima rimonta a 4 o 5 giorni: senz'altra causa che le influenze reumatiche della stagione venne preso da brividi di freddo, generale malessere, stanchezza, cefalea gravativa e pulsante, oscuramenti di vista, rumori nelle orecchie, vampe calorose alla faccia, febbre con forte calore e successivo sudore, tosse, ansietà di respiro: stette un po' a letto, prese un purgante, ne ebbe scariche ma senza sollievo, e pensò di ricorrere all'ospedale.

Alla prima visita l'apparato fenomenico febbrile era assai spiegato: il termometro di Celsius segnava 39 5|5: i polsi 120, le respirazioni 42, e ancora ansanti, affannose: nessun dolore nell'ambito del torace, le inspirazioni abbastanza regolari e complete, la sonoreità polmonare normale dappertutto, eccettuate le regioni basilari e specialmente la destra: rumor vescicolare pronunciato in alto, più oscuro in basso: soffio bronchiale, rantoli russanti, sibilanti e qualche bolla di rantolo sottocrepitante in basso, espettorazione siero-mucosa spumeggiante come nelle *diffuse bronchiti*: ritmo cardiaco celere con forte impulso e suoni cardiaci chiari a destra; area cardiaca anzichè no estesa. Le funzioni gastro-intestinali non presentarono nulla di notevole: le orine erano scarse, brucianti ma *limpide*. Lo stato del sistema nervoso rivelava uno stato di irritazione quale suolsi osservare nelle *febbri gravi;* smania, agitazione, malessere, senso di rottura generale, rigidezza delle membra, crampi, cefalea intensa con punti neuralgici sopra ed infra orbitali, pulsazioni dolorose alle tempia, gravame di capo, rombi nelle orecchie, vista offuscata: era urente il calore *ad sensum*, e *ad tactum*, la pelle però coperta di sudore, del tutto sintomatico, associato a strettezza, piccolezza di polso. Insieme ad un regime rigorosamente negativo si amministrò una mucilagine arabica stibiata (0,10) e cianogenata (gram. 1). Se ne ebbero vomiti ed evacuazioni alvine; nel giorno 3 dicembre la temperatura discese a 39 nel mattino, a 38 2|5 nella sera, ciò nullameno crebbero ancora li altri sintomi, le respirazioni arrivarono a 56, i polsi a 126, l'espettorazione si fece rugginosa: l'ottusità e 'l rantolo sottocrepitante si resero più distinti a destra, che non a sinistra, (*polmonite catarrale*) e successivamente si manifestò dolore pungente al 7° spazio intercostale destro, nella regione ascellare

(*pleurite*). Continuò sempre il sudore: dettero momentaneo sollievo dei sintomi pettorali 20 mignatte applicate alla base del costato, dalle quali si ebbe un abbondante e prolungato profluvio emorragico cutaneo, e un lambitivo oleoso col kermes minerale, insieme all'uso interno del ghiaccio e di bevande cianogenate. Nella sera del 6 dicembre la respirazione era un po' meno affannosa, ridotta a 42; il polso più espanso ed aperto a 104; la temperatura 38, l'espettorazione cominciava ad essere muco-purulenta; il sudore più ancora di prima copioso, e intanto alle regioni giugolari comparivano poche macchiette rosse con sopravi vescichette o bollicine *migliari*.

Il 7 continuava alquanto scarsa l'eruzione migliare: un nuovo e più forte dolore pungente esteso a tutto il costato destro venne ad aggravare l'ambascia della respirazione che arrivò a 60 con 132 pulsazioni e 39 3|5 di temperatura: fu particolarmente notevole in quel giorno il senso di forte stringimento alla regione retro-sternale: l'espettorazione continuò muco-purulenta e rugginosa, però con molta spuma sierosa: l'esame microscopico degli sputi dimostrò molti globuli di pus e corpuscoli del sangue; agli altri sintomi cerebrali si aggiunse insonnia e vaniloquio notturno; sempre abbondante il sudore, tuttochè poche le migliari. Prescrizioni — bevande cianogenate, cataplasmi emollienti sul petto, ghiaccio per bocca. L'8 mattino polsi piccoli, stretti, fuggevoli a 120; respirazione ansante a 60; temperatura 39 2|5; persistono tutti gli altri sintomi, con predominio de' fenomeni cerebrali e l'aggiunta di una forte rachialgia. Si rade il capo per applicarvi sopra una vescica piena di ghiaccio e si amministrano cartoline di calomelano 0,50, oppio 0, 05 e zuccaro divise in 10 parti. Con questa cura tosto scemarono i sintomi cerebrali per di-

leguarsi intieramente dopo due giorni; continuò, anzi si fece più abbondante l'eruzione migliare con sudore profuso; continuò la febbre con una temperatura di + 40, polsi cedevolissimi, celeri, a 123, respirazioni 57 e sempre con molto affanno; dolori molteplici e sempre pungenti al costato destro con decubito forzato da questo lato; ottusità corrispondente molto più pronunciata ed estesa, e soffio bronchiale: espettorazione siero-muco-purulenta, non più sanguigna: la *pleurite* dopo due riprese era passata all'esito di *versamento*: continuando nelle bevande cianogenate si prescrisse un' largo vescicante sul costato, e come il calomelano mosso non aveva il corpo, si ricorse all'olio di ricino. Se ne ebbero molte evacuazioni con sollievo.

10 sera. Diminuzione di tutti i sintomi — polsi a 114, respirazioni 48, temperatura 38. Fu tregua e non altro: l'eruzione successiva di nuove migliari che si resero confluenti sul petto e sulle estremità prendendo i caratteri qua della migliare rossa, là della migliare argentina, e in qualche punto della pelle del torace, anche della migliare pustolosa, fu sempre accompagnata da nuove esacerbazioni febbrili con aumento di temperatura sino a + 39 con frequenza di polsi sino a 120, con istraordinaria frequenza di respiro sino a 60 per minuto; risultato composto questo e della febbre migliarosa e dello essudato abbondante nella pleura destra, che, malgrado ripetuti vescicanti, andò crescendo sino ad occupare i due terzi inferiori del cavo pleurale, dando luogo a gibbosità del costato, scomparsa dagli spazi intercostali, ottusità femorale sempre più estesa, difetto di rumor vescicolare e di rantoli e di voce toracica, con affanno, decubito laterale destro, peso e stringimento retrosternale più marcato, tosse insistente e non sempre con benefizio di espettorazione. Scomparsi i sintomi cerebrali, furono ab-

bastanza molesti gli spinali e specialmente dolorose le contratture delle estremità che nelle febbri migliari più gravi soventi si osservano. Le orine furono sempre un po' mucose ma acquee, in rapporto colle molte bevande acquose richieste dalla sete ardente, e facile a comprendersi per le enormi perdite acquose prodotte da continuo e profuso sudore.

La cura fu sintomatica : pochi centigrammi di kermes in lambitivi oleosi furono diretti al doppio scopo di sciogliere la bronchite, i cui rappresentanti (rantoli secchi ed umidi, espettorazione) andarono scomparendo; e di favorire l'eruzione migliarosa, la quale il 15 dicembre cominciò a passare al periodo di desquamazione in alcune regioni, mentre in altre parti nuove eruzioni ancora si operarono e per un buon pezzo. Intanto il 19 lagnandosi il malato di dolori all'orecchio destro vi si trovarono i segni di un'*otitide catarrale* esterna, che dette uno scolo purulento per alcuni giorni. — In mezzo a queste fasi morbose ebbe giorni migliori, notti anche con alcune ore di sonno benefico; ma apirettico però ei non fu mai, e un movimento un po' violento bastava per determinare dolori a tutto il costato destro : la vociferazione per poco che fosse protratta eccitava violenta la tosse : li segni fisici indicavano sempre esteso essudato pleuritico: sole le funzioni digerenti ed alvine non erano notevolmente disturbate.

Se non che in principio di gennaio ecco nuovo aumento di sintomi: la temperatura stette bensì fra 37 1|5 e 38, ma il respiro da 42 risalì a 56, e 'l polso che era stato sempre oltre le 100 battute, col solito carattere di celerità e cedevolezza, arrivò sino a 140, 152, 157 ; e occorsero a volte brividi di freddo vespertini : il torace destro era sempre dolente, e guari non poteva tollerare l'esplorazione colla percussione; si diagnosticava

empiema: un dolore acuto seguito da tumefazione e rosseggiamento e fluttuazione succutanea alla regione anterior-superior-interna del costato destro tra lo sterno e la linea mammillare, in corrispondenza della terza, quarta e quinta cartilagine costale, venne a dimostrare come la flogosi dalla pleura si fosse diffusa al connettivo e determinato avesse un *flemmone* che presto presto andò a suppurazione e si convertì in *ascesso*. Rapidamente crebbe il suo volume sollevando e distendendo ed assottigliando strati muscolari, aponeurotici e pelle. Anzichè attenderne la rottura spontanea, si preferì operarne la puntura.

Il 13 gennaio dopo una notte abbastanza tranquilla per prolungati sonni, mentre il respiro era a 44, il polso a 140, la temperatura a 37.3|5 si aprì l'ascesso con una lancetta. Ne uscì pus di buona qualità, ma in copia tale (kilogrammi 2) da dimostrare come l'ascesso del costato comunicasse col cavo pleurale. Ne avvenne dopo ciò leggier enfisema sottocutaneo e pneumotorace. Mentre il rumor respiratorio vescicolare non percepivasi in alcun punto del torace destro, e la respirazione bronchiale, come anche la tosse si erano fatte distintamente anforiche, ne' due terzi superiori v'era esagerata sonoreità per suono timpanico e solo nel terzo inferiore persisteva l'ottusità. La respirazione ciò non ostante si rese più libera, meno ansante, meno frequente (36), come un po' meno frequente si fece il polso (130): la temperatura al giorno dopo l'operazione era aumentata di 1|5. Continuò per tutto il giorno 14 gennaio abbondante lo scolo dalla ferita, e col molto pus ne uscì pure molta aria sicchè non si sentiva più nè fluttuazione nè crepitazione.

Ciò durò poco però, chè chiusasi la ferita della pelle cessò lo scolo delle marcie e ricomparve il tumore fluttuante, il quale anzi, cosa prima dell'operazione non

veduta, ad ogni inspirazione sollevavasi e distendevasi; e intanto tutti i sintomi ebbero ancora un aumento, la sera del 16 i polsi erano 136 — le respirazioni 40 — la temperatura + 39 1|5 : era notevole l'esacerbazione vespertina : la febbre oramai vestiva i caratteri della infezione purulenta. Per andarvi incontro prescrissi il persolfato di chinino ; e più grammi ne vennero ripetuti non senza vantaggio ; ebbi cura però di favorire l'uscita del pus col riaprire la ferita. Comparve benefica un po' di mossa di corpo e mentre non diminuì gran che nè la frequenza del polso , nè quella del respiro, la temperatura anche nelle ore vespertine stette al di sotto di + 38. Per impedire viemmeglio l'icoroemia il 22 gennaio prescrissi il solfito di magnesia (gramme 10 per dieci cartoline da prendersi una ogni 2 ore) ; si continuò per qualche giorno questa prescrizione ma senza pro : per essa aumentò la diarrea , le respirazioni salirono di nuovo a 48 , i polsi a 152 , la temperatura a 38 3|5 : egli è pur però vero, che a questo effetto dovette contribuire l'arresto del pus, che , solo negli sforzi più violenti di tosse, per se stessi molto dolorosi sempre, veniva a scolare e ancora con molta difficoltà.

Il 28 gennaio l'esplorazione toracica mostrava gibbosità pronunciatissima a tutto il torace destro e sensibile all'occhio, tanto in avanti che all'indietro : il rumor vescicolare e la voce toracica difettavano assolutamente in tutto questo lato, era scomparsa del tutto la sonoreità timpanica che aveva fatto luogo ad una perfetta ottusità femorale anche in alto. A sinistra per contro era distinto il rumor vescicolare, anzi puerile, voce toracica con vibrazioni marcatissime, sonoreità ed elasticità normali. Nelle inspirazioni immobili le coste a destra e con ispazi intercostali mal delineati : mobili le costole sinistre con li spazi intercostali ben marcati. Area cardiaca molto e-

stesa: suoni cardiaci con rumori di valvole chiari assai e superficiali: apice del cuore al 6° spazio intercostale all'infuori della linea mammillare, nella linea ascellare anteriore. Il pneumo-torace aveva fatto luogo al pioto-torace e la copia del liquido era tanta da spostare a sinistra il cuore; l'ostacolo alla circolazione dal cuore al polmone ne aveva dilatate le cavità destre. Prendendo indicazione da questo spostamento di cuore presi il partito di ricorrere alla toracentesi: fu praticata col trequarti a valvola nell'ottavo spazio intercostale fra il terzo posteriore ed i due terzi anteriori dell'arco costale, e si estrassero 2 chilogrammi e 4 ettogrammi di pus denso e fioccoso che a stento usciva dalla cannula.

Il risultato immediato dell'operazione fu soddisfacente, si fece più libero il respiro, meno molesta, meno incalzante la tosse: però continuò la febbre con esacerbazioni vespertine e somma debolezza e deperimento e a volte un po' di diarrea e sudore notturno: ritornai al persolfato di chinino e altre parecchie gramme ne furono date ripartitamente ma senza grande miglioramento; dopo qualche alternativa il 7 febbraio i polsi erano 152, le respirazioni 40, la temperatura 37 4|5, l'alvo sciolto con dolori intestinali, il costato destro sempre dolente, massime in corrispondenza del primitivo ascesso che ebbe altra volta ad aprirsi ma con esito di poco pus.

Il giorno otto febbraio, undici dopo la fatta toracentesi, essendo marcati i segni di nuova abbondante raccolta purulenta pleurale si praticò un'altra volta la paracentesi toracica nel 7° spazio intercostale e si estrassero 1,100 grammi di pus sieroso.

Il trequarti a valvola impedì affatto l'introduzione dell'aria sul momento dell'operazione, ma due giorni dopo per violenta tosse comparve enfisema sottocutaneo al 6°

spazio intercostale, regione ascellare, ed alla terza e quarta costa nella linea parasternale. Quest'epifenomeno scomparve dopo tre giorni: non si riconobbero segni di pneumo-torace.

Il 14 febbraio vi fu aumento della febbre con invasione a freddo, p. 160, r. 40, t. 39: faccia suffusa con rossore circoscritto alla gota sinistra, vampe calorose al capo: tumore fluttuante con edema sottocutaneo in corrispondenza del punto ove praticavasi l'ultima toracentesi: questo ascesso spontaneamente aprivasi il giorno 15, e dava esito ad abbondante umor purulento; il quale non poteva a meno di esaurire le forze del malato depauperandolo di materiali nutritizi: il dimagramento era ogni giorno più marcato e tale da richiedere con tutta urgenza la cura nutriente, che venne messa in opera, continuando ad un tempo il chinino come antisettico, cui si unirono l'estratto d'oppio gommoso e le bevande tamarindate per frenare la diarrea.

Lo scolo abbondante di pus impedendo raccolte notevoli nella pleura si modificarono i segni statici per rapporto alla ubicazione del cuore, i cui suoni il 19 febbraio si percepirono chiari, estesi ed a timbro metallico nella linea parasternale destra: l'apice del cuore si trovò al 5° spazio intercostale e nella linea mammillare: poco energico l'impulso: pulsazioni trasmesse alla parte posteriore del torace sinistro. Respirazione supplementaria a sinistra in alto ed in avanti, soffio bronchiale e rantoli sonori all'indietro: rumor di soffio bronchiale alla sommità di destra, sensibile fino al 3° spazio intercostale.

Il 21 febbraio nuovo accesso febbrile con invasione a freddo, p. 144, r. 44, t. 37 4|5: nuovo ascesso parietale al capezzolo della mammella destra: venne aperto il 24, ma ne uscì poco pus. Si continuò nel chinino unito all'oppio e si amministrarono alte dosi di gelatina di lichene islandico, e dieta lattea.

Nei primi di marzo non v'era diarrea, poca tosse, non più sudore notturno, moderata la febbre, i polsi discesero sino a 98, le respirazioni a 34, la temperatura a 37; appetenza, digestioni facili, notti tranquille, poco scolo di pus: l'undici di marzo constatossi una notevole diminuzione nella gibbosità toracica destra: il decubito sinistro era tollerato senza affanno e senza tosse: alla regione ascellare destra era sensibile insieme al soffio bronchiale un po' di rumor vescicolare indicante parziale riattivamento di funzione polmonare: e 'l 15 anche alla regione mammillare destra percepivasi un oscuro mormorio vescicolare. L'ammalato s'alzò dal letto, e stette a volte cinque ore alzato senza tossire, scese anche in giardino senza grave affanno: il respiro era da 32 a 36, il polso a 120, la temperatura 37 1|5.

La cura igienica riparatrice andava di conserva colla continuazione non interrotta dell'oppio (0,10) e del chinino (0,50) al giorno, mescolati col lattucario.

Le vicende atmosferiche degli ultimi giorni di marzo (vento freddo) e un po' d'insolazione presa in giardino determinarono coriza con forte dolore ai seni frontali ed esacerbazione del catarro bronchiale, e della febbre (p. 148, r. 38, t. 39 e $^2/_5$): il pus che usciva dai varii seni fistolosi si fece più sieroso. Venne amministrato l'aconito in un lambitivo oleoso. Con questa prescrizione dopo pochi giorni ritornò il primitivo miglioramento. Per rendere più facile e regolare lo scolo purulento dai fori fistolosi della regione ant. sup. del torace si fece in essi passare un filo di setone. Con qualche esacerbazione febbrile ricorrente ad intervalli per minime cause, massime gastriche, per cui e vomiti e diarree agli altri fenomeni morbosi aggiungevansi, si continuò così sino al 26 aprile.

In questo giorno, previa un'invasione febbrile comin-

ciata fin dal 25 per cause reumatizzanti, sorse un forte dolore pungente alla base del costato sinistro con fregamento pleurale distinto e rantoli sonori e soffio bronchiale e tosse molestissima e grave ambascia: r. 40, p. 120, t. 39: contro questa nuova pleurite si adoperarono mignatte num. 12 sul luogo dolente, estratto d'aconito, quindi un lambitivo oleoso lassativo, malgrado il quale l'alvo rimase costipato. Il dolore dopo due giorni cessò alla base del costato sinistro; il rumore respiratorio restò velato per un buon tratto al torace sinistro con suono ottuso; gli sputi si fecero sanguigni; continuarono i rantoli sonori a timbro acuto e grave, senza alcun rantolo umido sensibile: cessò il fregamento pleurale, e intanto il torace sinistro si trovò più gibboso e prominente del destro: misurato a livello della 10ª costa tra l'apofisi spinosa e l'appendice xifoidea si trovarono 41 centimetri a sinistra, soli 39 a destra: contro l'essudato pleurale sinistro si prescrisse una larga pece di borgogna cantaridata che fu applicata il 5 maggio.

Mentre cessava questo dolore pleuritico compariva un dolore alla spalla sinistra con difficoltà e rigidezza dei movimenti, per il quale dovettesi ricorrere a ripetuti cataplasmi emollienti e sedativi: la persistente febbre si moderò con bevande cianogenate; e con lambitivi oleosi ora semplici ora lassativi si diminuirono i sintomi e segni morbosi del petto. L'assorbimento dell'essudato pleurale sinistro operavasi così bene, che il 14 giugno potè constatarsi ristabilita la funzione del polmone sinistro in tutta la sua pienezza: continuava pure la funzione respiratoria alla sommità di destra, ma la continuazione dello scolo purulento in grande copia dai fori fistolosi non potè permettere un ristabilimento di salute completa; la respirazione oscillò sempre fra 30 e 40, le pulsazioni fra 120 e 130, la temperatura arrivò quasi sempre a

38: come accidenti occorsi vogliono essere notate alcune emorragie dal naso, dissesti intestinali, dolori reumatici vaghi. Si fecero iniezioni nel cavo pleurale due volte al giorno con una soluzione di solfito di soda (grammi 20) in trecento d'acqua, e per esse in vero si detersero i fori fistolosi, si fece più lodevole, più cremosa la suppurazione, crebbero molte vegetazioni carnee di buona natura. La febbre si curò coll'aconito unito al chinino ed all'oppio che prese a lungo e non senza vantaggio, essendosi per questi rimedi impediti i più gravi accessi febbrili e li accessi di tosse. Al deperimento generale si provvide con una cura nutriente e coll'olio di fegato di merluzzo: con ciò si rallentò la consunzione, ma non si potè ricostituire quell'organismo; il peso netto del corpo il giorno 8 marzo era di 48 chilogrammi e 400 grammi: il 6 luglio si trovò ridotto a chilogrammi 47 e 300 grammi. Era sensibile la diminuzione, ma conoscendo la gravità del caso era a stupire che non fosse stata maggiore, in quattro mesi!

Il 19 luglio l'ammalato lasciò la Clinica: riparò da poi nell'ospedale di S. Luigi, dove a capo di qualche mese ancora soccombeva per marasmo e febbre lenta.

Non ho potuto sapere se sia stata fatta l'autopsia: dopo l'osservazione minuta di tante fasi patologiche sarebbe stato interessante lo studio anatomo-patologico. In difetto di questo non sarà inutile fare ora un po' di sintesi d'una storia patologica così lunga e con tante successioni morbose.

La malattia simulò da principio una febbre reumatico-catarrale, ma fu in realtà una febbre migliare con localizzazione grave al petto ed anche ai centri nervosi: degli organi respiratorii furono colpiti prima i bronchi, poi il parenchima polmonare e la pleura destra: sopra questa a riprese fissavasi ed esaurivasi, per così dire, il

fatto morboso e per le condizioni particolari dell'ammalato, dedotte dalla struma osservata nella sua sorella, presto ne nacque l'empiema colla febbre di suppurazione, poi lo spostamento del cuore e gli ascessi toracici che degenerarono in condotti e seni fistolosi: il pneumo-torace e l'enfisema, dapprima di origine esterna, (toracentesi), da poi di origine interna (usura polmonare), presto cessarono: il polmone destro si ridusse al solo lobo superiore, il polmone sinistro ne fece funzione supplementaria: questa sopraattività funzionale il predisponeva a malattia (più volte ciò vidi), e coll'aggiunta di cause occasionali sorse una pleurite sinistra: malgrado la gravità del fatto morboso preesistente l'essudato pleurale sinistro si assorbì e la funzione polmonare da questo lato si ristabilì: la minore sporgenza del torace destro osservata in progresso di malattia e dopo una gibbosità prima constatata, era effetto della uscita del pus e della successiva concidenza delle pareti costali: a sinistra opposte condizioni, funzione supplementaria e versamento pleurale dettero un aumento di due centimetri nel diametro relativo. Ridotta l'arèa respiratoria, l'ammalato avrebbe tuttavia potuto ristabilirsi in sufficiente salute ma la vasta superficie suppurante, la febbre lenta consuntiva nol permisero e dette nel tisico. Ricordo due altri fatti in cui all'empiema succedette la tisi e all'autopsia trovai induramenti polmonari con infiltrazioni tubercolari insieme coi risultati cadaverici della pleurite. Io argomento per induzione che egual cosa sia avvenuta nel caso narrato, tuttochè all'epoca in che il vidi uscire dall'ospedale, nessun segno positivo indicasse la presenza di polmonite tubercolare, che porto avviso sia stata l'ultimo anello di quella lunga catena di successioni patologiche osservate e descritte.

Qualche commento anche intorno alla cura: il tratta-

mento fatto da principio senza salassi avrebbe per avventura contribuito al grave esito della prima pleurite? Non lo credo, perchè: 1° ho visto centinaia di pleuriti e alcune anche socie a febbri migliari guarire benissimo senza salassi e senza esito di suppurazione; 2° in un dei due casi sopra ricordati di empiema seguito da tisi, erano stati fatti niente meno di 20 salassi, oltre quattro sanguisugi e ciò per *combattere* (!!!) una pleuro-polmonite, che impassibile ed indomita andò all'idrotorace e poi all'empiema malgrado tutta l'attività e l'energia dei *combattenti*! Anche per l'induzione che posso trarre da questo esempio credo di potere asserire, come asserisco con tutta coscienza, che il misero cuoco di cui narrai i casi non sarebbe certo vissuto tanto quanto visse, malgrado la gravezza del suo male, se a questo l'arte avesse aggiunto ancora un inutile ed improvvido metodo depletivo. Se egli resistette alla lunga febbre di suppurazione vi contribuì il chinino e l'aconito e l'oppio, come in altri casi di infezione purulenta ebbi ad osservare, vi contribuì un buon regime alimentare, ma specialmente il risparmio fatto delle sottrazioni di sangue. Od è così! od io la sbaglio a partito!

Non voglio passare sotto silenzio il nessun vantaggio ottenuto dai solfiti all'interno, che non furono tollerati; e 'l poco profitto che ne trassi anche dall'uso esterno: ma non voglio mettere in colpa della medicazione ciò che fu tutto da attribuirsi alla natura e gravità del fatto morboso: egli è positivo però che mi trovai più soddisfatto del chinino che dei solfiti: è un fatto che nella mia pratica non è isolato.

Dopo d'avere esposto un caso di pleurite gravissima, non fia senza interesse riferirne un esempio di grado minore: egli è dallo studio comparativo di fatti diversi

che sorge il vero criterio clinico che deve giudicare la immensa varietà di grado, di forme, di entità delle individualità nosologiche, che naturalmente vogliono essere distinte dalle individualità cliniche.

Credo interessante il seguente fatto, il quale tuttochè non tanto lieve ne' suoi primordii, terminò per bene in pochissimi giorni: il scelgo tra molti perchè evidentemente mostra quanto possa la medicina nella cura della pleurite senza ricorrere al salasso.

Un fabbroferraio di 17 anni, macilento, ben costituito, di tempra bilioso-linfatica, entrava in clinica il 16 maggio 1865 al N. 140 e ne usciva il 25 stesso mese: ne prese contezza il dottore Bocca. Il malato narrava di avere nelle prime età sofferto di morbillo, di tosse asinina, di vaiuolo del quale portava distinte le traccie. Nell'adolescenza sofferse ripetute affezioni reumatiche e febbri di indole varia guarite sempre in poco di tempo; in seguito ad una malattia reumatica sofferta a 12 anni restò sordastro d'ambi gli orecchi ma più a destra che sinistra: la prova coll'orologio mostrò che a destra ne udiva solo i battiti applicandolo proprio sul padiglione dell'orecchio, mentre a sinistra li percepiva ancora alla distanza di 78 centimetri. L'ultima malattia ebbe luogo nella primavera del 1864 e pare sia stata una pleurite sinistra: di essa guariva senza salassi a capo di 23 giorni.

Ora da due giorni, senza causa conosciuta, era stato colpito da brividi di freddo assai violenti, malessere generale, cefalea, dolori di ventre, e puntura alla parte anterior-inferiore sinistra del torace. Entrò all'ospedale vergine di cura, ed in preda a gagliarda febbre: temperatura 38 1|5, pelle secca, polsi 120, respirazioni 42 con inspirazioni difficili ed incomplete per scemata mobilità del costato sinistro, ottusità alla base tanto in avanti come all' indietro, rumor di fregamento secco ben

distinto e rantoli russanti disseminati con difetto di rumore vescicolare nel terzo inferiore del torace sinistro: movimenti del cuore accelerati, suoni normali, cefalea gravativa e pulsante, crampi, rigidezza muscolare, senso di rottura alle estremità: lingua fecciosa, sete, inappetenza, ventre teso e dolente sotto la pressione, alvo sciolto; orine scarse, brucianti, sedimentose. Dal complesso di questi sintomi diagnosticai — *Febbre reumatica con pleurite basilare-sinistra, leggier catarro bronchiale e delle vie digerenti.* — Prescrissi astinenza da ogni cibo, riposo assoluto; cataplasmi emollienti sulle parti dolenti ed un'infusione di tiglio leggermente stibiata (0,02) con sciroppo di viole.

17 *mattino.* Somma prostrazione di forze, dolente la regione ileo-cecale, alvo chiuso, poco sudore, temperatura 37 1\|5, polsi 96, respirazioni 26. Si continuarono le stesse prescrizioni.

Sera. Temperatura 37 4\|5, polsi 96, respirazioni 30: diminuito il dolore di ventre, continua quello del petto senza tosse e con poco affanno. — Stesse prescrizioni.

18 *mattino.* Non ebbe evacuazioni alvine, non ebbe sudore, ventre meno dolente, respiro più libero ma sempre frequente a 32, con 100 pulsazioni e 38 gradi di temperatura.

Sera. Aumento della febbre, temp. 39, pol. 108, respirazioni 44. L'alvo sempre chiuso fece prendere l'indicazione di un lambitivo oleoso purgativo: per bevanda emulsione comune.

19 *mattino.* Dopo parecchie evacuazioni alvine miglioramento notevole, cessato il dolore pleuritico, poca tosse, cessato il senso di generale prostrazione, addome indolente, temp. 38 1\|5, pol. 96, resp. 32. Si concedono minestre.

Sera. Continuò il profluvio di ventre, t. 38, p. 92, resp. 35.

20 *mattino.* Temp. 37, pol. 78, resp. 25; al costato sinistro leggier fregamento dolce, leggiera ottusità circoscritta, pochi rantoli sottocrepitanti.

21 *mattino.* Temperatura 36 4|5, pulsazioni 70, respirazioni 30. Si concede il quarto.

22. Alzata dal letto. — 23. mezza porzione. — 25. uscita dall'ospedale dopo una permanenza di soli 9 giorni.

L'esame fisico del petto fece riconoscere i segni di lievissimo catarro bronchiale non affatto risolto, e un po' di essudato pleurale a sinistra: tutte le altre funzioni erano rientrate nell'ordine e anche la sordità, cessata la febbre, diminuì di molto; il nessun segno patologico nel meato uditivo e i rombi che l'ammalato a volta percepiva negli orecchi massime nelle espirazioni forzate, fecero ammettere un catarro lento della tuba eustachiana, per cui si prescrissero rivulsivi da applicarsi dietro i padiglioni delle orecchie.

Il perchè alcune volte la pleurite guarisca per via di un po' di essudato plastico da cui hanno origine preternaturali aderenze, e altre volte dia luogo ad abbondanti versamenti: perchè questi ora sieno sierosi, ed ora purulenti, dir non saprei; chè l'intensità di grado e la estensione del processo flogistico non bastano sempre a darcene plausibile spiegazione, senza ricorrere all'influenza delle condizioni individuali o intrinseche, permanenti e radicali od estrinseche ed accidentali, ma pur troppo a volte meno che facili ad essere apprezzate al loro giusto valore: ciò solo parmi potere asserire, che l'esito non dipende da questo o quel metodo di cura. Si disse che l'astinenza dal salasso poteva essere causa di più facile esito della pleurite al versamento; e si potrebbe replicare a quest'asserzione che dissanguando i malati, rendendo il sangue più acquoso si devono rendere più facili

le raccolte sierose nella pleura: ma nè l'una nè l'altra di queste contraddittorie proposizioni sta vera nel fatto: ho toccato non ha guari questa quistione sempre viva, nè punto intendo ora di svolgerla, chè non amo ripetere quanto ho detto sul proposito in una memoranda discussione Accademica, la quale come scosse nel 1863 molte radicate convinzioni, così segna, credo, nel nostro paese un' epoca circa la pratica del salasso come antiflogistico (1).

Seguendo la linea di condotta che nelle mie scritture mi sono prefisso, di trattare cioè degli argomenti clinici coll'appoggio dei fatti, e dietro i dettami dell'osservazione pura, scevra affatto dalle preconcette idee, e dai ragionamenti dottrinali, credo prezzo dell'opera riferire i seguenti casi clinici, per lo studio dei versamenti pleurali meritevoli di attenzione.

Un serragliere di 34 anni, di tempra biliosa, gracile, macilento, dato ad una vita assai faticosa, ma nudrito con vitto abbastanza riparatore, entrava al N. 142 della Clinica il 7 di giugno 1865. Ne prendeva le annotazioni cliniche il dottor Ernesto Cerruti; e nel memoriale storico egli lasciava scritto come fatti anamnestici remoti poche e lievi malattie, quali la tosse asinina nell'età infantile — una gastro-enterite a 13 anni guarita in 20 giorni con cure abbastanza semplici — un'iperemia cerebrale a 30 anni, superata con un abbondante sanguisugio ai vasi emorroidali. — Da poi non sofferse più nulla sino al novembre 1864.

In quest'epoca fu preso da grave bronchio-polmonite doppia con pleurite sinistra che passò a versamento. Rimaneva nella sezione dell'ospedale sotto la mia direzione 33 giorni: colla solita cura di poche e piccole

(1) *Giornale delle scienze mediche*, 1863. Vol. 47, p. 211 e 291.

dosi di tartaro stibiato guariva della bronchio-polmonite, ma della pleurite rimaneva l'essudato: attivi diuretici e ripetuti vescicanti il diminuirono. ma nol fecero tutto assorbire : urgenti affari di famiglia gli tolsero una più lunga permanenza, se ne usciva tuttora ansante, dispnoico, tossicoloso, debole, infermo. Stette tra letto e lettuccio per più mesi, tentò l'empirismo, infine altra volta ricorse all'ospedale dove fu ricoverato l'11 di maggio. Si riapplicarono vescicanti sul costato ma senza pro : prima di ricorrere alla toracentesi lo si trasportò in clinica. Eccone lo stato suo nel giorno 7 giugno.

L'abito esterno oltre una grande denutrizione presentava molte macchie di vescicanti recenti ed antichi applicati sul torace; alcune macchie peticolari sulle coscie : varicosità alle gambe con temperatura alle estremità piuttosto deficiente: alla regione asceliare il termometro segnava 36 2|5 : il polso piccolo assai, frequente tra 116 e 124; le respirazioni 36. Il costato destro era manifestamente gibboso specialmente al disotto della linea mammillare: a livello di questa a destra si trovò un perimetro di 41 centimetri, di soli 36 a sinistra; in corrispondenza della gibbosità una compiuta ottusità, difetto di rumor vescicolare e mancanza di ondulazione per trasmissione della voce: in alto soffio bronchiale, respirazione ruvida con rantoli crepitanti a grosse bolle. Le fosse sopra e sotto clavicolari molto infossate a destra, ma ancor più a sinistra dove manca il rumor vescicolare e v'ha ottusità completa a tutto il lobo superiore del polmone, dove corrisponde forte soffio bronchiale e rumor di rantolo cavernuloso e pettoriloquio. All'essudato pleurale si era aggiunta bronchite e tubercolosi al periodo di fusione: cause più che sufficienti a disturbare ed incagliare il circolo venoso; d'onde la pienezza e turgescenza delle vene giugolari. L'area cardiaca si trovò più del naturale

estesa senzachè fosse possibile nè colla palpazione, nè coll'inspezione riconoscere dove battesse l'apice del cuore: impulso cardiaco poco pronunziato, ritmo irregolare, timbro poco chiaro con soffio diastolico sensibile in basso verso l'apice medesimo, come nella stenosi mitrale avviene. Il circolo venoso incagliato spiegava la presenza di una cefalea gravativa, con insonnia, rumori nelle orecchie, oscuramenti di vista; e in altra direzione area epatica estesa molto, peso all'epigastro, inappetenza, orine cariche, non però albuminose. L'ambascia e l'ortopnea erano tali da non ammettere ulteriore dilazione alla progettata toracentesi, e fu fatta l'8 giugno, penetrando nel nono spazio intercostale, tre dita trasverse al di sotto dell'angolo scapolare inferiore, presso all'angolo delle costole; si estrassero novecento grammi di siero sanguinolento; il perimetro del torace destro dopo l'operazione diminuì di un solo centimetro, e ne misurò ancora 40: tuttavia l'ammalato se ne trovò così bene, da sembrargli di essere guarito: tosto gli si svegliò persino l'appetito: la calma però non durò oltre due ore e sorse ambascia, tosse, espettorazione sierosa, con frequenza di polso a 120, per cui nella sera si prese l'indicazione di un lambitivo oleoso con aconito.

Con questo farmaco la tosse si calmò e la notte fu tranquilla: da lungo tempo non aveva avuto più il benefizio di così tranquilli sonni. La dispnea continuava, pure il rumore respiratorio vescicolare si poteva il giorno 9 percepire quattro dita trasverse al disotto del capezzolo destro, e 'l polso s'era fatto più ampio, più resistente, più forte: l'espettorazione muco-purulenta si mostrò e sanguinolenta; intanto fin dal giorno 10 si riconobbero segni di effusione nella cavità peritoneale, con grande diminuzione nella quantità delle urine: si prescrissero cartoline di nitro e squillà, ma prima che se ne fossero ottenuti effetti, il 12 giugno, l'ammalato volle lasciare l'Ospedale e non ne seppi altra notizia.

L'esito finale non potè essere buono ; l'idrotorace — la tubercolosi — la cardiopatia — l'ostacolo al circolo venoso — la dissoluzione del sangue rivelata dall'emacelinosi e dall'emorragia pleurale — il grande deperimento costituzionale erano tali elementi di infausta prognosi, che credo non sarà stata smentita dal tempo, come non lo fu certo l'eguale pronostico fatto in altro caso di cui mi piace ancora narrare a compimento dello studio sulla pleurite.

Un giovinetto d'anni 14, di professione calzolaio, di tempra linfatica, con un fisico assai meschino entrava il 4 marzo 1865 al num. 136 della Clinica. Egli non aveva sofferto malattie di rilievo tranne la tosse asinina ed i morbilli e i geloni nella stagione invernale: nato in salubre paese (Montechiaro d'Asti), egli godette sempre buona salute finchè venne a Torino: fosse natura di temperamento o la vita sedentaria, o 'l vitto poco nutriente, nell'ottobre 1864 venne colpito da eruzione pustolosa alla faccia, che durò a lungo e fu seguita da tosse, dispnea, malessere generale , febbre vespertina e dolore puntorio alla regione mammaria destra per cui ricorse all'arte: gli furono amministrati parecchi rimedii, tra cui fors'anche il tartaro stibiato: si ebbe qualche vantaggio ma non guari e passò l'inverno in uno stato infermiccio. In febbraio la sua malattia subì un aggravamento , s'aumentò l'ansietà di respiro, la tosse si rese più frequente e molesta, il dolore laterale si fece nuovamente più sensibile, e coll'inappetenza , colla stanchezza crescenti le sue forze andarono perdendo. Ricorse ancora all'arte; gli furono dati emetico, purganti eccoprottici ed applicati due vescicanti alle braccia, ma non ne trasse alcun vantaggio , eppertanto si determinò di ricorrere allo Spedale.

Grande era il suo deperimento fisico, il colorito terreo,

floscie le carni, smunta e derelitta la faccia, e tutto l'abito esterno mostrava uno sviluppo costituzionale non affatto corrispondente alla sua età: la pelle del dorso, dell'addome, delle estremità coperta da leggier grado di ictiosi (cheratosi diffusa del Lebert): il petto non presentava alcuna deformità, era però ansante il respiro con oppressione retro-sternale, tosse frequente, incalzante, con poca espettorazione muco-purulenta; dolente la regione mammaria destra massime per influenza dei movimenti e degli urti di tosse; inspirazioni incomplete per imperfetta dilatazione del costato; ottuso questo in grande estensione, con rumore di fregamento pleurale alla regione mammaria e circummammaria destra e rantoli varii, russanti, sibilanti, sottocrepitanti, d'ambi i lati, più marcati a destra, oscuri a sinistra.

Le respirazioni erano 32 al minuto, i polsi 116, la temperatura 39: l'impulso cardiaco forte, l'urto dell'apice al 5° spazio intercostale nella linea mammillare, con ritmo frequente, senz'altra anormalità: la bocca amara, cattiva, la lingua fecciosa e rossa ai bordi, inappetenza, rutti, alvo sciolto senza dolori addominali, nè ad sensum nè alla pressione. Nulla di notevole fu osservato negli altri organi ed apparati. Venne diagnosticata una *bronchio-pleuro-polmonite lenta con catarro gastro-intestinale.* Contro il profluvio intestinale si adoperò il decotto di tamarindo con sciroppo di gomma: frenata la diarrea, ebbi ricorso all'olio di fegato di merluzzo, alla dieta lattea, ed a ripetuti epispastici sul petto; internamente si adoperò per qualche giorno un'infusione di secala cornuta coll'estratto d'aconito.

La tosse continuò, sempre con espettorazione assai scarsa; continuò la febbre con esacerbazione vespertina e sudore notturno: la temperatura oscillò fra 39 e 40 gradi: i polsi fra 110 e 120: le respirazioni si fecero

più frequenti a 36 — 40 — 43: continuarono i rantoli russanti, sibilanti, mucosi e crepitanti grossi; anzi alla regione scapolare destra ed anche alla sommità sinistra si resero più sensibili, ed a tal segno, da simulare veri rantoli di gorgolio ; e intanto si rese sempre più oscuro il rumor respiratorio, e senza alcun dolore crebbe l'ottusità con assoluto difetto nell'elasticità toracica al lato sinistro : l'affanno e l'ortopnea sul finire di aprile arrivarono al massimo grado ; i polsi si fecero celeri sino a 140, le respirazioni sino a 52: l'ostacolo alla circolazione cardio-polmonare era dimostro così dall'accentuazione del 2° tono all'origine dell'arteria polmonare, come dall'impulso cardiaco forte ed esteso molto a spese delle cavità destre: e la difficoltà di respirazione risultava dal carattere o tipo della medesima affatto addominale ; nelle inspirazioni il torace sinistro era immobile, poco mobile il torace destro, convulsive le contrazioni del diaframma, dei muscoli addominali, degli scaleni, delli sterno-cleido-mastoidei ; tutto il torace sinistro dalla 3ª alla 10ª costa era gibboso, gli spazi intercostali quasi scomparsi affatto: misurato all'altezza dell'appendice xifoidea dette 35 centimetri di periferia mentre il torace destro all'altezza medesima ne misurò soli 29. A destra colla percussione si trovò poca sonoreità polmonare, ma elasticità di pareti toraciche, a sinistra ottusità completa e veramente femorale ai 4|5 inferiori : rantoli sonori ed umidi a destra, ne' punti relativamente sonori, difetto di rantoli e di rumor respiratorio e di voce toracica a sinistra ne' punti ottusi. Tutti questi segni manifestamente indicavano un versamento pleurale sinistro che per essere scompagnato da dolori ho giudicato di natura sierosa: abbondante doveva essere la raccolta, e tanto da spostare il cuore a destra: l'impulso del cuore il 28 aprile era sensibile soltanto alla regione sterno-epigastrica.

Avendomi l'esperienza dimostrato che i versamenti pleurali riescono più pericolosi e più gravi quando si sposta il cuore, avendo pur troppo visto avvenire in casi simili sincopi fatali, senza frapporre ulteriore indugio, il 29 praticai la toracentesi nell'ottavo spazio intercostale sinistro.

Ne uscirono 3,300 grammi di siero limpido e ricchissimo di albumina, che si rese tosto concreta. Nell'atto stesso dell'operazione coll'ascoltazione si riconobbe il ristabilimento del rumore respiratorio e specialmente dei rantoli sonori ed umidi a tutto il lato sinistro, la respirazione si fece tosto più libera, e la misura dimostrò una diminuzione di 3 centimetri nella periferia del torace a sinistra.

La temperatura diminuì sino a 37 4|5 e 38 : i polsi si ridussero a 100, 104, 105 : le respirazioni 25, 26 : comparve un po' di diarrea, ma con maggior attività delle funzioni stomacali e appetenza, che permise di ristorare le forze del malato. Le polveri del Dower frenarono il profluvio alvino, diminuì la tosse e per poco non cessò affatto il sudore notturno.

La tregua però non fu lunga: il 15 maggio senza il concorso di esterne cause sopravvenne di nuovo la febbre più gagliarda, t. 39 3|5, polsi 136, r. 32, con segni di nuovo versamento nel cavo pleurale sinistro: la febbre colle sue esacerbazioni vespertine e ingruenze a freddo prese il carattere delle febbri di suppurazione, che poteva essere nel cavo pleurale o nel parenchima polmonare, postochè alla sommità dei due lati grossi crepitii (craquements) indicavano fusione tubercolare. Il forte rialzamento preso di nuovo dalla 3ª 4ª e 5ª costa sinistre fece propendere l'animo mio per una seconda puntura del torace: e fu fatta nel mattino del 20 maggio estraendo 900 grammi di un liquido siero-purulento tor-

bido, lattiginoso, fetente. Nell'atto dell'operazione i polsi erano 136, le respirazioni 38, la temperatura 38 1|5. Nella sera il miglioramento era notevole, il respiro più libero a 24, i polsi più espansi a 105, la temperatura pur essa diminuita a 37 2|5, e la notte fu tranquilla, senza affanno, senza sudore, senza diarrea. Si riprese la cura lattea e dopo soli cinque giorni dall'ultima operazione l'ammalato chiamato in patria dai suoi parenti, si lasciò partire dall'Ospedale. Si notò come l'ictiosi fosse più marcata ancora quando uscì che non quando entrava in Clinica.

Non illudiamoci però, diceva ai miei scolari, e il dottore Musizzano, che tenne nota di quel fatto pratico scriveva in calce al diario clinico, non illudiamoci! La grave condizione patologica endo-toracica osservata e studiata per circa tre mesi non è di quelle che possano essere superate dall'arte mai con trionfo completo: alle lesioni organiche materiali succedono nuove lesioni, le successioni morbose complicano le prime manifestazioni patologiche, le recrudescenze, le recidive aggravano i processi morbosi e annullano gli effetti dei metodi di cura i meglio concepiti: l'ammalato si consuma e la medicina resta impotente! È tristo il quadro, ma non perciò deve scemare la costanza di chi studia e lavora nel campo clinico. Si faccia il dovere ed avvenga che può! L'arte non deve essere messa in colpa se sempre non riesce!

A buon conto dal lato scientifico non solo ma anche dal lato pratico è interessante un fatto che dimostra quali e quanti siano i modi di complicazione delle malattie del polmone e della pleura e del centro stesso della circolazione: e quale sia la potenza dell'arte nella pratica della toracentesi.

Essa per fermo è innocente operazione per sè, di facile esecuzione, di effetto pronto, se non fosse altro, come pal-

liativo. Il versamento si ripete, ma si può pure ripetere la operazione. Che se dopo la prima o le prime punture il versamento cangia natura e si fa purulento, come in questo caso vidi, e in altri, vuolsi sempre fare una larga parte alle condizioni individuali di cui ho già fatto sopra menzione. Nel caso concreto l'ictiosi e l'impedita respirazione cutanea dovette per via di antitesi funzionale predisporre l'organo del respiro alla grave malattia che lo colpiva, come contribuiva al difetto di sviluppo costituzionale: in tutti i casi di cheratosi diffusa per me osservati ho potuto constatare il *malus habitus*, l'apparenza cachettica, il poco sviluppo fisico: e ciò per fermo dovette rendere più grave la malattia e più gravi gli esiti della medesima. In alcuni casi ho ripetuta la paracentesi toracica le due e le tre volte senza che il liquido cangiasse natura : ma in parecchi altri alla prima od alla seconda puntura trovai l'empiema : erano tubercolosi, erano convalescenti di gravi febbri tifiche, erano malati da molto tempo sofferenti e in via di progressivo deperimento, circostanze che si capisce come favoriscano la suppurazione dei processi flogistici tutti e anche dei più semplici come gli è certo quello che tien dietro alla puntura della pleura.

§ V.

Malattie dell'apparato digerente.

L'importanza fisiologica di questo apparato; la grande estensione ch'esso occupa anatomicamente, dalla bocca all'ano ; la molteplicità degli organi di secrezione che con esso si collegano : sono altrettante ragioni, perchè in tutte le malattie un po' gravi, o generali come le

febbri, o localizzate sopra visceri importanti, quali il cuore e i polmoni; massime poi se viene disturbato il circolo venoso addominale in modo un po' ragguardevole, e se nel sangue si trovano circolanti materiali da eliminarsi; sono ragioni dico perchè abbia a prenderne più o meno parte il tubo digerente: il quale, se ammala spesso per proprio conto ed in modo primitivo, lo troviamo più di frequente ancora colpito in modo affatto secondario.

Non intendo qui parlare delle manifestazioni morbose puramente sintomatiche e secondarie che questo apparato può presentare, come di vero presenta soventi nelle febbri varie e nella tubercolosi e nelle cardiopatie organiche, ma solo di quelle più evidenti localizzazioni patologiche che vengono prese in considerazione nella formola diagnostica.

Queste nell'anno clinico in discorso sommarono a 73 — 49 per gli uomini — 24 per le donne. Quantunque fosse cessata quella ragione relativa alla stagione, della quale ho discorso nel precedente mio rendiconto (p. 124), nel quale le malattie del sesso muliebre corrispondevano ai soli primi quattro mesi della clinica, e viceversa agli ultimi quattro le malattie maschili; cosa che poteva dare ragione della maggior frequenza delle malattie epato-gastro-enteriche in questi osservata; tuttavia è notevole la differenza in più che per rapporto a queste malattie conserva il sesso virile, nel quale le malattie del detto apparato stanno al totale dei malati nella proporzione di circa il 29 per 0|0, mentre nelle donne non arrivano al 21 per 0|0. E siccome a spiegare la maggiore frequenza di queste malattie nell'uomo, stando al precedente rendiconto, parevano aver contribuito quattro casi di pellagra che nel nostro spedale è meno rara nell'uomo che non nella donna, così uopo è notare che in questo anno dell'or detta speciale malattia non se ne ebbe in cli-

nica alcun esemplare: il perchè credo che queste differenze proporzionali s'abbiano a spiegare, come già dissi nel rendiconto citato, e pel genere di vitto e gli abusi degli spiritosi, più facile ne' maschi, e per i più frequenti dissesti circolatorii della vena porta che in essi avvengono, siccome in questo anno fu già notato parlando delle iperemie (pag. 150).

Malattie della bocca.

Non ebbi nel decorso dell'anno clinico casi rimarchevoli di stomatite. Oltre il caso di stomatite funghillosa in donna tubercolosa, di cui ho fatto cenno a pagina 231, ebbi un esempio di *stomatite aftosa* in una sarta già un po' attempatella, che da cinque mesi soffriva di pirosi, anoressia, dispepsia, flatulenze, enteralgie, diarrea e che fin dalla prima visita, per i rantoli circoscritti all'apice de' due polmoni, e 'l difetto di rumor respiratorio in alto, e l'ottusità corrispondente e la frequenza della respirazione a 45 per minuto, e la grande macilenza, per tacere di altri segni e sintomi, venne giudicata affetta da bronchite con tubercolosi polmonare. Essa rimase all'ospedale soli 13 giorni: con bevande demulcenti, cogli oppiati, coi clisteri di riso, con un buon regime alimentare sostituito al suo abituale, che meschinissimo era, venne guarita del profluvio alvino: poche cauterizzazioni col nitrato d'argento fecero presto ragione delle ulcere buccali, e'l miglioramento fu notevole: si capisce come sarebbe anche stato più segnalato se la cura fosse stata continuata. Ho cennato questo fatto come comprovante la relazione che le ulceri catarrali della bocca hanno a volte colle lente gastro-enteriti, sieno queste associate o no alla tubercolosi; la quale negli ultimi periodi è causa non infrequente di stomatite, spe-

cialmente a forma funghillosa, come nel caso sopra citato e già riferito insieme coll'osservazione della malattia polmonare che ne fu l'occasione.

Malattie del ventricolo.

Non avendo osservata alcuna malattia localizzata sulla faringe e sull'esofago mi è giuocoforza discendere al ventricolo, dove abbastanza frequenti notai le localizzazioni patologiche vuoi per cause reumatizzanti, vuoi per disturbi nervosi, vuoi per isbilanci idraulici nel circolo della vena portale: parlo dei fatti osservati in clinica, i quali furono 22 — 9 tra le donne e 13 fra i maschi. In due soli casi, come ho già notato parlando delle febbri, ebbi quella forma di catarro gastrico acuto, che per essere socio colla febbre fin da principio fu detto febbre gastrica: in pochi altri trovai catarro gastrico associato a stato reumatico senza febbre dichiarata, o successivo a febbri reumatiche già vinte e superate: in 9 casi il catarro gastrico era lento ed in questi casi il medesimo si trovò associato a catarro intestinale. In 6 casi il catarro gastrico era associato a neurosismo e complicato da forte gastralgia. In altro di questi fuvvi ancora una febbre remittente che si rese manifesta per una temperatura di 38 1|5 con 72 pulsazioni e 20 respirazioni. L'individuo era giovane, robusto, dato al vino, e lo stato morboso era stato causato appunto da disordini ed ubbriachezza. Un purgante oleoso e qualche bevanda temperante ne facevano presto ragione. Assai più ostinati e ribelli sono i casi di catarro gastrico con gastralgia e forme isteriche e fondo clorotico e complicanza di amenorrea. N'ebbi un esempio in una contadina da Cumiana, d'anni 24, che ripetutamente entrò nella clinica e sempre colla stessa forma morbosa di neurosismo, esofagismo, faringismo,

neuralgie molteplici e vaghe, anoressia, dispepsia, cardiopalmo, rombi, cefalea, affanno di respiro, morale inquietudine, melanconia, tutti fenomeni in rapporto con un'amenorrea di molti mesi, stata causata da una violenta causa morale; spavento, ci disse, per un attentato al pudore durante la mestruazione, che per ciò si era subitamente soppressa.

Mentre il catarro che accompagna le febbri reumatiche si cura presto e si vince bene col tartaro stibiato, a dosi epicratiche; questo rimedio riesce per lo più inefficace nelle istero-clorotiche che soffrono di ventricolo. In esse la magnesia, il calomelano, il rabarbaro, la canella, la mirra, il calamo aromatico, la noce moscata insieme coi sedativi e i nervini e coi ricostituenti ferruginosi, l'acqua di Ceresole e di Courmayeur, quella di La Bauche riescono utilissimi rimedii. Le acque minerali ferruginose giovano poi massimamente se bevute alle sorgenti e col concorso dell'aria montana, che, attivando la respirazione, sgorgando la cava ascendente e la vena porta e stimolando direttamente lo stomaco contribuisce al ristabilimento della sua funzione.

Nel caso sucennato poche mignatte all'ano nella ricorrenza mensile contribuirono a promuovere la mestruazione con molto sollievo, ma temporaneo solo, e non tale da impedire nuove recidive sotto l'influenza d'una grande suscettibilità nervosa, e d'una vera *ipocondriasi isterica*: non saprei chiamare con altro nome più appropriato quello stato di lamentazione continua in cui si trovano alcune isteriche per le loro sofferenze epigastriche e gastriche: la donna di che è cenno fu per me osservata a varii intervalli nel periodo di oltre due anni, e quantunque le condizioni generali della nutrizione non sieno deperite, anzi migliorate, quantunque non abbia presentati vomiti sanguigni ned altri sintomi positivi di ulcera del ventricolo,

tuttavia più volte ebbi a sospettare di questa lesione anatomica per la persistenza e la violenza del dolore alla regione stomacale e della pirosi e della flatulenza e dell'anoressia e della dispepsia e del catarro gastrico; la grande depressione morale in questa malata si trovò unita a grande mutabilità di carattere e di propositi, il perchè una cura regolare ed abbastanza continuata non si potè seguire mai: cosa di che nessuno vorrà stupire conoscendo la grande mobilità delle isteriche. Della quale però dànno anche esempio taluni uomini, come prova la seguente osservazione, che mi par degna di essere riferita sì e come venne con lodevole diligenza scritta nel memoriale clinico dal dott. Chiappé.

Un capo mastro muratore d'anni 35, di tempra nerveo-biliosa, di mediocre costituzione e macilento assai, entrava nell'Instituto clinico il 6 febbraio 1865 al N. 152. Intorno alle sue precedenze morbose narrava di avere ripetutamente a 15, a 17, a 18 anni sofferte febbri periodiche che, a tipo diverso, terzano prima, poi quartano, infine quotidiano, perdurarono sempre parecchi mesi, lasciandogli infarcimento dei visceri addominali e stato cachettico generale, del quale non liberavasi se non a 20 anni. Da poi soffriva, a 22 anni, di risipola facciale che in pochi giorni guariva con due salassi e cura rigorosamente igienica. Notava inoltre come dalla sua infanzia sino al 26° anno avesse sofferto di quasi abituali eruzioni furoncolari in questa od in quella regione del suo corpo. Ammogliatosi a 24 anni, assicurava di non avere abusato mai di venere nè prima, nè poi; e altri abusi non fece neppure; poche volte gli era capitato di fare errori dietetici.

Però, fin dal settembre 1861, in conseguenza di gravi dispiaceri per quistioni d'interesse e in seguito a patemi d'animo deprimenti, cominciò a soffrire di difficili,

tarde e dolorose digestioni: dopo due mesi, d'un tratto, di buon mattino, alzandosi dal letto, fu preso da intensi e violenti sforzi di vomito che continuarono per tre giorni e tre notti consecutive lasciandogli appena tra l'uno e l'altro accesso l'intervallo di 15 minuti; le materie evacuate erano siero-muco-biliose.

Cessarono quei vomiti con una cura igienica e alcuni compensi terapeutici dei quali non conobbe la natura. Ma d'allora in poi nell'intervallo di poco più che tre anni, simili accessi ebbero a ripetersi oltre le cinquanta volte: e tale ne venne un morale scoraggiamento, che più volte nacque la tentazione del suicidio. Varie cure gli furono fatte, fu salassato le 2 e le 5 volte durante l'accesso: si applicarono ripetutamente sanguette all'epigastro: prese magnesia, oppio e molti altri calmanti: ricorse anche ai rivulsivi (vescicanti e pomata emetica all'epigastro): da questi ultimi soltanto trasse qualche maggior benefizio: per essi dal settembre 1862 potè stare sino al 20 marzo 1863 senza nuovi attacchi; ma non pertanto guariva: inutile affatto gli tornò un cauterio che gli si volle, non saprei per quale indicazione, praticare al braccio sinistro. Gli accessi col ripetersi si aggravarono: negli ultimi mesi del 1864 ai vomiti si associarono forte gastralgia e leggeri convellimenti generali. Al 28 gennaio 1865 poi insieme ai vomiti, più del solito ancora intensi, il prese una trafittura dolorosissima all'epigastro con movimenti convulsivi, tremollìo generale, oscuramento di vista, e tale una smania, da farlo andare quasi fuori di sè. La conoscenza non si smarrì però mai, si conservò la memoria di tutte le circostanze dell'accesso e solo un notevole abbattimento e fisico e morale dopo di esso avvertivasi. Gli si amministrò allora con qualche vantaggio magistero di bismuto ed oppio.

Alla visita del 6 febbraio i centri nervosi e le loro

dipendenze non manifestavano alcun fenomeno morboso tranne la generale stanchezza e un dolore proprio terebrante all'epigastro, con vomiti insistenti. Gli organi della respirazione e della circolazione non presentarono alcuna anormalità, i polsi erano a 72. I più notevoli sintomi erano dal lato dell'apparato digerente: manifesto il catarro buccale, lingua con patina spessa e bruna per il magistero di bismuto già preso; in alcuni punti scoperta dell'epitelio e rossa ai bordi: epigastro teso e dolente: dolore profondo, esacerbantesi sotto la pressione in corrispondenza del gran fondo del ventricolo, dall'appendice xifoide al margine costale sinistro: ventre trattabile: alvo stittico: orine un po' cariche: pelle secca, pallida, anemica: temperatura ascellare a 36; dimagramento pronunciato: l'ammalato ci seppe dire che cinque anni prima il suo peso era di 69 chilogrammi: ora il medesimo si trovò di soli chilogrammmi 54 e 100 grammi.

Il diagnostico fu di *gastralgia accessiforme con catarro gastrico lento e probabile ulcera semplice del ventricolo.* Si prescrisse magistero di bismuto gramma 1, oppio tebaico in polv. 0,10, zuccaro grammi 4 divisi in 4 cartoline. La origine già un po' antica della malattia e l'aggravamento progressivo avvenuto lasciavano luogo a gravezza di pronostico.

Il giorno 7 febbraio, verso le ore 4 antimeridiane, senza il concorso di nuove cause e mentre i sintomi principali già parevano ammansati, ricominciarono i vomiti, leggieri da prima, ma poscia mano mano più intensi e di sostanze prima mucose poi muco-biliose ed infine anche muco-sanguinolente. Dalle 4 del mattino alle 2 pomeridiane agli urti di vomito continui si aggiunsero tre accessi convulsivi generali simili a quelli avvenuti il 23 di gennaio: una evacuazione alvina ebbe luogo di materie durissime

e le urine evacuate si mostrarono acquee come nell'isterismo si vedono.

Alla visita del pomeriggio si constatò estrema debolezza, abbattimento grande, vertigine, diplopia; il malato tiensi seduto col tronco flesso in avanti, posizione nella quale prova meno intenso il dolore. Il respiro è libero a 16 per minuto, i polsi 72, la temperatura sempre inferiore alla media normale (36): il ventre sempre trattabile ed indolente. Alle cartoline sopradette si aggiunse la prescrizione del ghiaccio, e di un clistere di infuso di camomilla con laudano.

Con questa medicazione cessò il dolore spontaneo, e solo sotto la pressione continuava a farsi sentire, i polsi si alzarono a 80, si rialzò pure la temperatura a 36 3|5: le orine si fecero cariche di pigmento biliare con sedimento mattonaceo ; e anche l'appetito tornò e potè essere digerita la carne arrostita.

Tornarono ancora i vomiti ma non gravi, nè lunghi: il 9 febbraio si applicò un caustico all'epigastro: ripeteronsi di tempo in tempo accessi di vomito ora semplici ed ora accompagnati da contratture cloniche con perdita imperfetta della conoscenza e vertigini : si notò abbondante salivazione e perdita della saliva dalle commessure labbiali durante il sonno : il 15 febbraio ebbe luogo una intensa neuralgia lungo il corso del nervo cubitale sinistro, dall'antibraccio alle dita : il 22 occorse anche temporaneo singhiozzo. A misura però che si stabilì la suppurazione per la flogosi di eliminazione dell'escara fatta all'epigastro, andarono scemando e vomiti e dolori : le digestioni si operarono bene e appena in qualche giorno si ebbe un po' di diarrea. La cura si fece col ghiaccio, colle limonee vegetali, colla magnesia calcinata, col magistero di bismuto ed oppio. Di questo ne prese 10 centigrammi al giorno per 15 giorni e senza risentirne

il menomo effetto narcotico. Il miglioramento dei fenomeni locali andò di pari passo col miglioramento generale: e la bilancia bene il provò, che in soli 11 giorni si ebbe un aumento di 1900 grammi nel peso del corpo.

Il 24 febbraio egli lasciò l'Ospedale in uno stato lodevole anzichè no; avrebbe dovuto continuare la cura per mettersi al sicuro d'una nuova recidiva: gli si consigliò pertanto la continuazione delle cartoline da cui tanto giovamento aveva ricevuto, e di farsi riapplicare all'epigastro un altro caustico appena fosse terminato l'effetto del primo. Nulla fece, e dopo quaranta giorni, cessata la suppurazione del cauterio, ripeteronsi i dolori con accessi violenti ad intervalli di 2 in 2 ore, e vomiti di materie giallo-verdastre, poi nerastre e sanguigne e ostinata stitichezza. Stette otto giorni prima di ricorrere all'Ospedale, poi rientrò all'Instituto clinico il 14 aprile: vi stette però due soli giorni: il magistero di bismuto e la magnesia sedarono i vomiti, il ghiaccio fece cessare l'emorragia: la temperatura a 36 e 3|5, i polsi espansi, la libertà della circolazione e della respirazione lasciavano buone speranze: si volle ripetere il cauterio all'epigastro, ma a preferenza di sottoporvisi il malato lasciò l'ospedale. E non ne ebbi altra notizia.

Men dolse assai, chè in casi consimili colla ripetizione di più caustici e colla cura continuata più mesi ottenni bellissimi successi e nell'ospedale e fuori. Se però l'arte dal lato umanitario non potè essere soddisfatta, ben vi fu il compenso della soddisfazione scientifica, avvegnachè l'ulcera di ventricolo da principio sospettata venne dall'andamento successivo della malattia ben dimostrata: alludo alla emorragia ripetutamente osservata in seguito.

Dal lato diagnostico non solo, ma anche dal lato pratico, stimo interessante questo caso per mostrare come e quanto gravi possano essere le conseguenze di un'ul-

cera semplice di ventricolo, che, per la fortissima gastralgia può destare molti e pericolosi movimenti nervosi riflessi e alterare a segno l'intelletto da spingere al suicidio.

Se male non m'appongo fu anche notevole nella fattispecie la grande tolleranza per l'oppio del quale consumossi un gramma e cinquanta centigrammi in 15 giorni e senza segno di narcosi. Si capisce come in una gastropatia nella quale l'elemento nervoso aveva tanta parte, abbia dovuto tornare proficuo l'oppio, il quale sedando il dolore, e rendendo torpidi i movimenti dello stomaco, dovette contribuire alla cicatrizzazione dell'ulcera ventricolare e agire anche come anti-emorragico. Non sempre però è necessario ricorrere all'oppio per frenare l'ematemesi nell'ulcera di ventricolo: vi sono altri rimedii e molti: in una donna isterica che nell'autunno 1866, per molti mesi curai di ematemesi, gastralgia e catarro di stomaco con ulcerazione, il dolore non essendo tanto intenso da indicare l'oppio, ricorsi ad una soluzione di percloruro di ferro, e con esso vinsi l'emorragia stomacale che si era resa ribelle al ghiaccio, alla limonata, alla ratania, alla segala, al tannino non che a due caustici applicati all'epigastro: solo colla lunga suppurazione di questi e con ripetute dosi di quello, dopo molte alternative, si otteneva finalmente stabile miglioramento e permanente.

Malattie dell'intestino.

Non è raro che alle malattie del ventricolo si associno quelle dell'intestino, massime nelle forme catarrali e nelle flogosi risipolatose. Nell'anno clinico di che discorro le localizzazioni patologiche sul tubo intestinale comprese nella formola diagnostica furono 38; 25 per

il sesso maschile, 15 per il sesso femmineo: fra questi 38 casi 9 furono di contemporanea localizzazione sul ventricolo e sull'intestino ad un tempo; di questi 9 casi tre occorsero in maschi, sei in donne.

Le modalità patologiche intestinali furono varie: la forma morbosa più frequente fu la catarrale, per cause reumatizzanti (diarrea reumatica), per fleboidesi addominale, stato emorroidale, pletora venosa del fegato e del circolo portale. In un caso associata a febbre reumatica e stato catarrale gastro intestinale vi fu forte enteralgia prodotta dell'uso improvvido del solfato di magnesia preso prima d'entrare nell'ospedale e mentre vi era ancora stato febbrile generale: i dolori erano particolarmente sentiti tanto spontaneamente che alla pressione nella regione peri-ombellicale: bastarono però i più semplici rimedii, emollienti locali e decotto tamarindo gommoso all'interno, insieme con rigoroso regime dietetico, per farne tosto ragione; la febbre reumatica era seguita da alcuni accessi periodici; questi furono curati con 10 centigrammi di arseniato di potassa e senz'altro guariti in pochi giorni, tuttochè l'apparato febbrile negli accessi fosse abbastanza pronunciato (temperatura + 40 — polsi 96, respirazioni 98): la preparazione arsenicale fu benissimo tollerata senza ombra di dolori intestinali.

Come il catarro gastrico così anche l'intestinale è non di rado legato ad altri stati morbosi o generali come clorosi, isterismo; o locali quali sono le neuralgie lombo-addominali, le metriti lente, i tumori addominali, che possono essere fisiologici (gravidanza) o patologici (cistovario); ned è infrequente trovare in questi casi di assai lenta e difficile risoluzione i disturbi funzionali dell'intestino: il meteorismo, la tensione di ventre, la coprostasi si alternano soventi colla diarrea o per le fasi patologiche naturali o per effetto dei rimedii che si amministrano.

Nei casi di tumori, la compressione intestinale crescendo, possono sorgere forme morbose anche gravi di occlusione intestinale, della quale non ebbi in clinica esempio alcuno, ma ne ebbi nella mia pratica esempi parecchi dentro e fuori dell'ospedale.

In due casi al catarro gastro-intestinale per la compartecipazione morbosa dei follicoli (dotinenterite) vidi socia la febbre tifoidea ; ed in uno l'esito fu infausto non però per effetto della localizzazione intestinale ; ragione per cui ho creduto bene farne parola discorrendo delle febbri (p. 93): le lesioni dei follicoli intestinali cominciando dall'ingorgo e dall'iperplasia per cui nascono le granulazioni, sino alle ulcerazioni, possono essere considerate come effetto delle febbri tifoidi e come causa de' più gravi loro sintomi ; ne costituiscono a volte, ne' casi più gravi, vere complicanze, dando luogo alle più pericolose malattie secondarie quali sarebbero emorragie, perforazioni, peritoniti e via dicendo : queste lesioni intestinali ne sono se vuolsi il segno anatomo-patologico più rilevante, più ovvio, più frequente ; ma non sono per se stesse tutta la malattia, potendo le medesime mancare nella stessa febbre tifoide massime nei primi periodi, od esistere in altre malattie come nel colera ad esempio ; e tenendo anche non raramente poco rapporto proporzionale la lesione intestinale colla generale fenomenia che caratterizza la febbre tifoide ne' suoi diversi periodi.

D'altronde forme eguali di ulcere follicolari nell' intestino si osservano anche nella tubercolosi. Se questa decorre lenta nelle sue localizzazioni enteriche abbiamo diarrea, marasmo, anemia e leucemia : ma se decorre rapida ne nascono sintomi generali perfettamente eguali a quelli della febbre tifoidea : non per altro la tubercolosi acuta può confondersi con quest'ultima malattia ; sbaglio che parrebbe grossolano se non fosse occorso

anche a pratici consumati nell'arte e in fatto di metodo diagnostico peritissimi. Per buona sorte di questa forma in clinica ne vidi un caso solo ben marcato mentre era ancora assistente: dell'altra e nel precedente mio rendiconto ed in questo ebbi a riportarne parecchi esempi, sui quali non ritorno, rimandandovi il lettore cui piacesse vedere quali rapporti tenga la tubercolosi intestinale colla polmonare: solo noterò che anche in questo anno ho potuto constatare essere stata in genere nei malati della clinica quella a questa secondaria, come ho dimostrato nel precedente mio rendiconto con eloquentissimi fatti di osservazione, riferiti a pag. 98 e 128. Dico nei malati della clinica e *pour cause*, avvegnachè essi sieno adulti: nei bambini può avvenir l'opposto e l'entero-mesenterite tubercolosa in essi precede di lunga mano la tubercolosi del polmone, potendo benissimo esistere senza di essa, come notai in altro dei ragazzi tignosi dei quali parlai nel capitolo delle dermatopatie (V. pag. 146).

Appunto perchè interessa specialmente l' elemento ghiandolare, ossiano i follicoli intestinali, l'enterite della quale ho discorso tanto nella tubercolosi polmonare come nella febbre tifoidea si localizza di preferenza nell'ultima porzione del tenue intestino e nella prima porzione del crasso, dove appunto vogliono essere cercate e si trovano più frequenti le ulceri follicolari: solo in casi eccezionali esse si trovano estese lungo tutto il crasso intestino e nel digiuno poi non si riscontrano affatto. In questo per contro è frequente la sede dell'enterite catarrale che si lega ai catarri di stomaco, alla duodenite, all'ipercolia, mentre nell'ultima porzione del crasso si trova poi la sede di predilezione di quella forma di enteropatia che si conosce col nome di dissenteria. Non toccherò per ora delle malattie intestinali che si legano con quelle del fegato: di esse avrò a parlare in seguito.

Mi limiterò a far ora breve cenno della entero-colite e della dissenteria. Due esempi ne ebbi ed abbastanza spiccati, tutti e due negli uomini, uno in febbraio, l'altro in maggio, e credo utile riferirneli brevemente come quelli che dànno molto esatta contezza delle circostanze eziologiche fra mezzo alle quali sorge questa enterite, la quale per la specialità del sintomo che l'accompagna, il tenesmo rettale, venne già creduta una forma di neurosi: e, per la natura del prodotto morboso che viene eliminato dal retto intestino, venne dai nosologi formalisti considerata come un profluvio misto, perchè di muco e di sangue si compone lo scolo rettale.

La dissenteria è una vera enteropatia, uno stato catarrale esteso fino al retto intestino; lo spasmo si comprende facilmente in un organo ricchissimo di fibre muscolari; la secrezione mucosa accresciuta avviene in questa come in tutte le altre malattie catarrali delle membrane mucose: e se le deiezioni sono muco-sanguinolente ciò non istupisce per nulla chi voglia considerare la ricchezza del circolo emorroidale e massime la disposizione plessuosa delle reti venose che circondano l'ultimo tratto del retto intestino verso l'orifizio dell'ano. Arrogi che soventi questa modalità patologica si riscontra appunto negli emorroidari, come dimostra l'osservazione seguente:

Un facchino d'anni 45, di costituzione primitivamente robusta, ma ora in istato di progressivo deperimento lento, da circa due anni, entrava nella clinica il 19 di febbraio 1865 al N. 151. Il dott. Alloatti, distinto allievo dell'Istituto, notava nel memoriale clinico come non avesse sofferte malattie di rilievo nelle prime età, tranne il vaiuolo, del quale portava leggiere stimmati sul viso. Solo a 25 anni per una febbre reumatica era stato salassato sei volte; ristabilivasene a capo di 14

giorni. Più grave malattia soffriva a 36 anni, per la quale gli furono praticati niente meno che 17 salassi! Pare fosse una gastrite acuta in rapporto con eccessi di cibi e di bevande alcooliche: la guarigione non si otteneva che a capo di 4 mesi. Dopo contrasse sifilide, scolo uretrale e papule mucose all'ano: ne guariva colle frizioni mercuriali, ma ne ereditava le emorroidi che mai più cessarono di tormentarlo. A 44 anni inoltre per ben nove mesi ebbe febbri intermittenti a tipo variante, che curò coi chinoidei: da poi sofferse di edemazia alle estremità inferiori, della quale fecero ragione il riposo e 'l regime negativo. Quest'anamnesi remota dava spiegazione del deperimento costituzionale. — L'anamnesi prossima ci fece conoscere come da 7 giorni, per effetto di cause reumatizzanti e alcoolismo acuto, il meschino fosse preso da forti dolori di ventre e *ad sensum* e *ad tactum*, con reazione febbrile e ripetute scariche alvine, dolorose, frequenti, di materia muco-sierosa mista a sangue e forte tenesmo così dell'ano come della vescica.

Alla prima visita si trovò un senso di generale stanchezza con cefalea gravativa e vertiginosa, rombi nelle orecchie, tendenza al sonno, sogni stravaganti e spaventosi, rachialgia, crampi alle estremità inferiori: respirazione a 38 con rumor bronchiale soffiante, qualche rantolo sonoro e bolle di rantoli sottocrepitanti sparse: suoni del cuore oscuri, impulso poco pronunciato, polsi a 73: anoressia, dispepsia, acidità di ventricolo, rutti, aree epatica e splenica molto estese: ventre teso, dolente in tutta l'estensione del colon, dal cieco alla S illiaca dove si percepisce distinto gorgoliò; molte evacuazioni alvine ma scarse, di colore giallo verdognolo con mucosità sanguinolente ad esse frammiste: continuo tenesmo rettale e vescicale: orine scarse e brucianti e di colore rosso carico: l'inspezione dell'ano fa riconoscere traccie di

antiche cicatrici circumanali con piccole abrasioni superficiali della membrana mucosa e alcuni tumoretti emorroidali poco turgenti ma rossi. La pelle secca, arida: la temperatura ascellare + 37.

La diagnosi fu di entero-colite a forma dissenterica: la pletora venosa addominale fu messa, in un coi sintomi nervosi, a carico delle abitudini del malato che si confessò gran mangiatore e non sempre moderato bevitore: il catarro bronchiale poteva stare in rapporto e coll'innalzamento del diaframma per il tumore dei visceri addominali e colle cause reumatizzanti che avevano concorso a determinare la dissenteria. La cura fu semplicissima — astinenza per pochi giorni da ogni cibo, poscia vitto tenue: ad un tempo riposo, cataplasmi emollienti sul ventre, clisteri di riso, decotto di tamarindo con sciroppo di gomma: primo a cessare fu il tenesmo, poi il profluvio emorragico: continuò ma moderata la diarrea siero-biliosa: a capo di 24 giorni però era cessata affatto. L'ammalato uscì dall'ospedale anche prima di esserne licenziato per ciò solo che non lo si voleva lasciare mangiare a piacimento. Ho vista molte volte la bulimia negli emorroidarii, credo naturalmente abbia ad essere considerata piuttosto come causa che effetto.

È notevole l'influenza delle cause reumatizzanti nella produzione della dissenteria, che regna appunto frequente nelle stagioni e nei paesi in cui vi hanno rapide e frequenti alternative di temperatura: come è facile l'enterorrea per cause reumatiche, così può avvenire anche la dissenteria, nella quale la differenza di forma morbosa dipende in massima parte dalla differenza di sede patologica; quest'altro fatto clinico viene a conferma di ciò che dico.

Un giovane, bracciante muratore, di tempra biliosa e forte costituzione, dato a vita faticosa, esposto a tutte le vicende atmosferiche, abituato ad un vitto grossolano

sì ma senza disordini, entrava nell'Instituto clinico il 2 maggio 1865: ne scriveva il memoriale storico l'allievo dottore Carlo Ruga.

Dall'anamnesi remota risultò di pregressa vaccinazione all'età di 2 anni, e con buon successo, stando alle cicatrici che portava alle braccia; l'innesto vaccinico non gli impedì però la varicella sofferta nel 1864: ebbe nelle prime età la tosse asinina e la crosta lattea per oltre un anno: a 7 anni fu salassato 4 volte per febbre cefalica guarita in 20 giorni: a 22 anni ebbe ripetutamente febbri periodiche curate e guarite coi chinoidei senza residui patologici.

L'anamnesi prossima rimontava a 15 giorni: fatiche, vitto meschino, cause reumatizzanti gli produssero dolori di ventre e abbondanti scariche alvine liquide, siero-mucose nei primi due giorni, *quindi sanguinolente* e accompagnate da tenesmo. Stette alcuni giorni senza curarsi affatto, quindi prese un purgante suggeritogli dall'empirismo, il quale soventi, senz'altra indicazione, avvisa doversi muover l'alvo quando si ha frequente spinta senza benefizio di defecazione. Aggravatosi, ricorse all'ospedale.

Al primo esame nulla si trovò di ben notevole tranne i dolori spontanei, e provocati colla pressione lungo tutto il crasso intestino ed anche alla regione ombellicale: le deiezioni erano muco-sanguinolente, la mucosa dell'orifizio dell'ano appena un po' arrossata: sporca la lingua, fecciosa la bocca: i polsi piccoli, stretti, a 63; il respiro un po' oppresso a 30; la temperatura a + 36. La cura venne fatta con cataplasmi emollienti e bevande tamarindate e regime negativo. Dopo due giorni erano cessati i dolori colici e la forma dissenterica: continuò però ostinata l'enterrorea a due o tre evacuazioni al giorno. Visti inutili le polveri del Dower alla dose di quaranta centigrammi al giorno unitamente alla conserva di corniole rosse; si ricorse al magistero di bismuto

(gram. 6 per 12 cartoline da prendersi ogni 3 ore). Con due dosi eguali le feccie si resero solide, e'l malato potè lasciare l'ospedale dopo soli 14 giorni. In esso manifestamente era sorto un catarro intestinale e non del solo colon ma anche del tenue intestino, a cui prese parte pure il retto, ma successivamente: e come la mucosa rettale risanò più presto di quella delle altre parti del tubo intestinale, così si spiega la breve durata della forma dissenterica.

Variamente condotto fu il metodo curativo in questi due casi; le diverse condizioni individuali, la presenza nel primo caso di manifesta pletora addominale e di altre complicanze, manifestamente non permettevano che si cercasse di sopprimere tosto il profluvio intestinale, che, contenuto nei limiti, riesce soventi utile compenso anzichè dannoso sintomo.

Egli è della dissenteria come di tutte le altre malattie: la cura vuol essere sempre adattata al caso. L'ipecaquana, l'oppio, gli astringenti possono trovare la loro opportuna applicazione come gli antiflogistici: e gli stessi purganti, dei quali il volgo abusa, volendovi ricorrere sempre, possono tornare opportuni in alcuni casi, e massime se precedente coprostasi, come negli emorroidari è frequente, lasciasse dubbio di qualche sibala intestinale, come nella mia pratica particolare ho potuto constatare alcune volte.

Ho detto che il catarro intestinale prende facilmente la forma dissenterica negli individui che soffrono di emorroidi; ragion vuole che io dichiari che negli emorroidarii però può occorrere tenesmo insieme a stitichezza, e diarrea anche senza forma dissenterica, come dimostra questa osservazione scritta dal dottore Francesco Picca.

Una lavandaia, d'anni 40, nubile, di tempra sanguigno-

biliosa con mistura linfatica, e costituzione buona anzichè no, tarchiata, con capo grosso e collo corto entrava il 16 marzo 1865 al n. 366 della clinica. Da bambina sofferse vermi ed epistassi; fu vaccinata, ed a 14 anni ebbe la varicella: poco presso in quell'età ebbe grave pleurite per cui veniva, a suo dire, salassata 20 volte: l'energia dei suoi organi elaboratori del sangue fece sì che tollerò senza gravi sconcerti queste perdite di sangue: comparve quindi mestruazione, e questa funzione continuò sempre regolare: a 17 anni ebbe la rosolia: da poi sofferse di sifilide ulcerosa ai genitali, che le lasciava una vasta cicatrice su tutto l'ostio vaginale (1); a 39 anni fu malata di risipola alla gamba destra, per la quale la sua tolleranza alle sanguigne sottrazioni fu altra volta provata con otto salassi!! Alla debolezza che le lasciavano i salassi cercò sempre di riparare con abbondanti libazioni di liquori alcoolici dei quali faceva giornaliero uso ed abuso.

Fu certo per queste abitudini, che, essendo ora da tre mesi cessati i lunari benefizi, essi vennero sostituiti da un abbondante, e continuo profluvio emorroidario, con tenesmo rettale e dolori addominali, cui tennero dietro veri accessi febbrili, brividi di freddo alternati con forte calore e sudore successivo, cefalea gravativa, vertigini, crampi alle estremità, per i quali riparava all'ospedale. Alla prima visita non v'era febbre ma tutti i sintomi in-

(1) Singolarissimo aspetto presentava questa cicatrice che deformava intieramente i genitali esterni; le grandi e le piccole labbra ridotte a tessuto inodulare a forma di briglie e di color bianco, senza traccia, vale a dire, del pigmento naturale della pelle e del colorito mucoso rosso. Con tutto ciò non era impervia, quantunque ristretta, la vagina, e l'uretra compresa in gran parte nel tessuto inodulare lasciava libera l'orinazione.

dicavano uno stato iperemico: la faccia iniettata e suffusa, gli occhi scintillanti, il calore alla fronte accresciuto, le idee male connesse, l'intelligenza un po'offuscata, la vista torbida, i polsi lenti da 62 a 65 per minuto. i movimenti del cuore oscuri e i suoni cardiaci concentrati: il ventre dolente, teso, turgidi gli ipocondrii, l'alvo stentato con materie fecali dure e consistenti, tenesmo rettale senza visibile scolo, tumori emorroidali molteplici ma bianchi e flosci. Si cercò di muovere l'alvo con clisteri ed eccoprottici (conserva di prugne, sciroppo di fiori di persico, cassia). Si ebbero evacuazioni alvine di materie formate. Nella sera del 17 marzo occorse un accesso febbrile che durò dalle 9 vespertine alle 6 mattutine, e fu l'ultimo: col benefizio di qualche evacuazione cessò il tenesmo, nè più si riprodusse lo scolo emorroidale. Persistendo i sintomi di iperemia cerebro-spinale e addominale, il 21 si applicarono 12 mignatte all'ano: sgorgato l'albero venoso mesenterico, tolta la pressione venosa, per gli eccoprottici si ebbero effetti ben maggiori di prima: un diluto di polpa di cassia bastò per cagionare 10 evacuazioni abbondanti, senza tenesmo, le quali continuarono siero-biliose per pochi giorni e con segnalato miglioramento di tutti i sintomi e segni morbosi. In meno di 30 giorni la guarigione era completa.

In questo caso il profluvio diarroico favorito dall'arte risolvette completamente la fleboidesi addominale e la tensione vascolare venosa, e fu benefico: non per altro i blandi eccoprottici e i temperanti lassativi giovano insieme colle topiche applicazioni refrigeranti nei tumori emorroidali voluminosi, tesi e dolenti, quali occorrono per es. negli individui che restano molto in piedi, siccome vedemmo in un falegname ricoverato in clinica per emorroidi dolenti; oppure in quelli che stanno sempre seduti, come osservammo in un calzolaio emorroi-

dario da ben 18 anni, e affetto contemporaneamente da fistola dell'ano, cieca esterna, indolente però e stazionaria da moltissimo tempo. Questi due malati stettero pochi giorni in clinica, nè presentarono alcun fenomeno degno di speciale considerazione tranne la precedenza delle febbri periodiche, nell'uno e nell'altro notata come concausa delle varicosità emorroidali, le quali tanto facilmente si legano colle malattie della milza e del fegato.

Prima però di far passo alle organopatie di questi due visceri, in forma di appendice a quanto ho scritto sulle malattie dell'intestino e del ventricolo siami permesso dire alcunchè della

Elmintiasi.

Quantunque le malattie zoo-parassitarie occupino un ragguardevole posto nei quadri nosologici, tuttavia egli è raro che occorrano come tipi morbosi affatto specializzati e distinti: in clinica le vidi piuttosto quali epifenomeni, accidentalità, complicanze, che non come malattia principale: ciò ben dimostrano le seguenti osservazioni:

La prima si riferisce ad un giovane pristinaio d'anni 17, che entrava nell'Instituto clinico il 1° dicembre 1864, per pleuro-pneumonia destra accompagnata con gastricismo prodotto da indigestione di pane fresco. Il dolore sotto mammario destro, il rantolo crepitante, il fregamento pleurale, l'ottusità toracica, il difetto di rumor respiratorio, gli sputi rugginosi, la frequenza di respiro sino a 66 per minuto, la frequenza del polso a 120, la temperatura a + 40 indicavano il primo fatto morboso: i dolori di stomaco, i vomiti, la tensione dell'epigastrio, *l'espulsione di un lombricoide* per bocca, la stitichezza erano i fenomeni morbosi attinenti al secondo. E fu per questa complicanza che si ricorse al calomelano.

Un gramma e cinquanta centigrammi ne furono dati in due giorni: cessarono i vomiti ma l'alvo non si mosse: comparve per l'incontro un po' di stomatite cotennosa che presto cessò col mezzo di purganti in forma di lambitivi oleosi, da cui si ebbero parecchie scariche senza nuove evacuazioni di elminti. Con questi mezzi curativi la pleuro-polmonite fece regolare il suo corso: la febbre cessò gradatamente: la temperatura discese a 38, a 37 e qualche frazione: i polsi discesero a 90 e poscia sino a 60: solo durò frequente la respirazione che da 55 diminuì lentamente a 42 e dopo 9 giorni di cura era ancora a 30, dimostrando palesemente come non ci sia rapporto diretto e costante e uniforme fra la frequenza del circolo e quella del respiro siccome ho già notato superiormente parlando di proposito delle malattie di questi organi (V. pag. 83).

L'esplorazione statica ripetutamente fatta dimostrò la risoluzione graduata e progressiva dell'impegno polmonare: al 7° giorno di cura, 9° dall'invasione febbrile, il rantolo crepitante più esteso ed a bolle grosse (di ritorno), e 'l fregamento pleurale secco e forte più di prima, mostravano la progrediente permeabilità maggiore del parenchima polmonare: col Kermes minerale, mediante una espettorazione mucosa molto elaborata (catarro bronchiale), la risoluzione non tardò ad essere perfetta. Durò un po' a lungo il dolore pleuritico coi segni di essudato pleurale, per cui si prescrisse un largo vescicatorio sul costato destro: ripetutamente l'alvo dovette essere mosso per vincere la coprostasi e ciò rese alquanto più lunga la permanenza del malato nell'ospedale; a capo di 33 giorni ne usciva però del tutto guarito.

Fu un caso notevole per la complicanza che me lo fece riferire a proposito dell'elmintiasi; la presenza di un lombrico nello stomaco fu causa di gravi sintomi

gastrici pei quali non credetti conveniente di ricorrere al tartaro stibiato cui do in genere la preferenza nella cura della pneumonia: cercai supplirvi col calomelano, ma l'effetto purgativo mancò e fu necessario ricorrere ai purganti oleosi: con essi soli e col concorso del Kermes la flogosi polmonare andò ciò nulla meno a risoluzione; il fatto dimostra come non si possa e non si debba nella terapeutica clinica essere troppo assoluti ed esclusivi mai: ma basta su ciò, torno all'elmintiasi.

Il secondo fatto si riferisce ad un altro elminto, l'echinococco del fegato; e volendo tenermi all'ordine anatomico che mi sono prefisso nella mia trattazione, ne riferirò l'osservazione parlando delle

Malattie del fegato.

Ho già detto delle iperemie epatiche, ed ho notato a suo tempo la maggiore frequenza nell'uomo delle iperemie addominali (1), nelle quali sono comprese quelle del fegato specialmente, vero cuore venoso sottodiaframmatico. Anche le altre organopatie epatiche, stando alle risultanze delle mie osservazioni cliniche sarebbero più frequenti nell'uomo che nella donna. Vidi in questa due casi di cirrosi epatica, ed un fatto di epatite sierosa ed un ittero secondario di cardiopatia organica: nell'uomo osservai per contro due casi di cirrosi, due casi di itterizia, un caso di gastro-entero-epatite, un altro di irritazione epatointestinale, tre casi di lenti ingorghi con ipertrofia epatica successiva a febbri periodiche ostinate, ribelli o più volte recidive. Nulla dirò nè delle professioni, nè delle età, nè delle stagioni in che furono predominanti le ma-

(1) V. pag. 150.

lattie di fegato: il numero delle osservazioni è troppo scarso per trarne utili corollarii.

Nella storia delle malattie di fegato sono interessanti alcuni fatti morbosi i quali paiono attinenti da principio a sola irritazione funzionale o secretoria di questa ghiandola, che rappresentano direi un assai leggier grado di flogosi epatica, ma che facilmente possono far passo successivamente ai più alti gradi di congestione e processo infiammatorio, purchè concorrano favorevoli circostanze. Talvolta queste irritazioni al fegato sono secondarie di malattie gastro-intestinali e si associano ad uno stato catarrale delle vie biliari, per cui insieme all'ipersecrezione biliare ne sorge un ostacolo alla libera escrezione e quindi l'itterizia: in altri casi, pervie rimanendo le vie di escrezione ne vengono i vomiti e la diarrea biliosi con sintomi di enteralgie e forma morbosa di vera colica biliare, la quale per ciò non è sempre legata alla presenza di coleliti, che di preferenza dànno l'epatalgia o colica epatica così detta.

Un esempio di enteralgia prodotta da irritazione epatica con ipercolia mel presentò distintissimo un fiorentino, usciere presso l'amministrazione del debito pubblico, entrato in clinica il 31 gennaio 1865 e del quale scrisse la storia il dott. Garbarino.

Quest'ammalato in età di 32 anni, di costituzione robusta, di temperamento bilioso pretto, di fibra secca, macilento, con colore subitterico e manifesto abito venoso addominale, dato ad un genere di vita piuttosto attivo, con buone e regolari abitudini di vitto, non narrava di alcuna malattia di rilievo per lui sofferta, tranne le ordinarie infantili e due ferite, una alla mano sinistra, l'altra alla gamba destra, prodotte quella da un'arma da taglio, questa da un'arma da punta (stiletto), come si potè riconoscere dalle residue cicatrici.

Dotato di grande sensibilità nervosa e di una troppo facile suscettibilità morale, egli per ragione di impiego dovette soffrire gravi patemi d'animo e dispiaceri violenti in rapporto colli sconvolgimenti politici che avvennero nel suo paese; e per essi da tre anni andò soggetto a ripetuti accessi di dolori intestinali intensissimi, accompagnati da pirosi, flatulenze, nausee, vomiti, stitichezza e a volte anche da febbre. Ogni nuovo attacco fu sempre occasionato da qualche urto morale. Le mignatte sulle pareti addominali, i cataplasmi emollienti, i clisteri, i purganti oleosi, i bagni tiepidi furono sempre i mezzi di cura coi quali si liberò, e anche prontamente, delle sue acute sofferenze.

Al giorno dell'entrata, per nuove cause morali, era da circa 24 ore in preda alla fenomenia morbosa sopra descritta, e questo sarebbe stato in ordine cronologico il quindicesimo accesso. L'esame obbiettivo dimostrò leggiero stato febbrile, polsi piccoli, stretti, addominali, a 76, temperatura 39; malessere generale, cefalea, vomiti biliosi, sete, alvo chiuso, ventre teso, dolente, specialmente alla regione ombellicale, sotto una anche moderata pressione, orine molto pigmentate, rosse, brucianti: la percussione dimostrò normale l'area epatica e la splenica: nessun altro viscere presentò disturbi notevoli. Si ripetè la cura altra volta sperimentata utile: si applicarono 12 mignatte sul ventre, e da poi vi si soprappose un largo cataplasma; si dette un clistere emolliente ed un lambitivo oleoso purgativo. La febbre riprese nella notte del 2° giorno, con un brivido di freddo che durò cinque ore, con successivo calore urente e abbondante sudore, ma non ebbe seguito; e dopo ripetute evacuazioni alvine semplicemente biliose, provocate dalla continuazione del lambitivo oleoso purgativo, al 3° giorno erano cessati i dolori, cessata la febbre, cessati i vomiti, ritornata la calma fisiologica: al 5° l'ammalato lasciò l'ospedale.

Io non saprei dire quale particolare alterazione occorra nella crasi della bile per effetto dei patemi d'animo che ne possono influenzare la secrezione ; o essa diventi acre ed irritante più del naturale, come già Portal e Meli ammisero nelle febbri biliose ; o la policolia sia mal tollerata dalla sensibilità intestinale o abituale ad alcuni individui o accidentalmente prodotta dai patemi d'animo; fatto sta che ne sorgono vere enteralgie biliose, le quali si possono sedare con mezzi diversi , ma non cessano che col benefizio di molte scariche biliose : questa conclusione nasce spontanea dal fatto clinico narrato , nel quale la febbre tenne l'andamento di una effimera biliosa duplicata, o , se vuolsi, d'una febbre nervosa nel senso del Brugnoli, puramente irritativa.

Non in tutti gli individui questa facilmente succede ; e massime quando l'ipercolia tien dietro a lento catarro gastro-duodenale , sia pur effetto di patemi d'animo e dispiaceri, raro è che sorga la febbre, come non sorge la colica. Ciò dimostra il seguente fatto, del quale tenne nota il dottore Vignolo-Lutati assistente interinale dell'Instituto clinico.

Un giovane conciatore, di tempra sanguigna, di forte costituzione, dato ad una vita faticosa , ad un genere di vitto affatto regolare, entrava in clinica il 6 agosto 1865. Egli narrava di avere sofferto di pleuro-polmonite sinistra curata con 7 salassi a 15 anni: di febbri periodiche terzane a 16 anni , guarite collo specifico in soli 20 giorni : finalmente di sinoca cefalica nell'inverno ultimo trascorso, curata con tre sanguigne sottrazioni generali.

Ora da 15 giorni in seguito a gravi dispiaceri di famiglia era stato soprappreso da anoressia, dispepsia, senso di peso all'epigastrio, turgescenza di ventre, stitichezza oltre l'usato, senso di generale stanchezza e debolezza , e da 3 giorni s'era accorto di avere tinta itterica. I sin-

tomi e segni obbiettivi rivelavano palese un catarro gastro-duodenale con ingorgo epatico e ipercolia con itterizia. Le orine erano cariche di pigmento biliare: perfetta apiressia, nessun dolore intestinale. Con un'acqua di sedlitz l'ammalato ebbe moltissime evacuazioni biliose e quasi senza dolori. In cinque soli giorni il suo stato migliorò a segno che chiamò l'uscita dall'ospedale, e visto come le orine non contenessero più che pochissima quantità di bile, e la tinta itterica fosse quasi del tutto scomparsa, gli si permise di fare la sua volontà, raccomandandogli di tener l'alvo libero con piccole dosi di sali neutri.

Un po' diverso dall'ora narrato e anche più interessante per molti riguardi fu un caso di pseudo-ittero, che mi compiaccio di narrare, quale fu diligentemente notato nel diario clinico scritto dal dottor Pagni, e che serve alla diagnosi differenziale tra il vero e 'l falso ittero, che accompagnar possono le malattie gastro-entero-epatiche.

Un falegname da Borgaro Torinese, d'anni 27, celibe, di tempra mista sanguigno-biliosa, di buona costituzione, dato ad una vita faticosa con abitudini di vitto meno lodevoli, per cibi troppo grossolani e qualche abuso di alcoolici, entrava in clinica al N. 147, il 16 maggio 1865. Nelle prime età ebbe a soffrire rosolia e ripetute angine, delle quali la 5ª all'età di 12 anni abbastanza grave e violenta. A 23 anni, mentre militava sotto le nazionali bandiere sofferse di itterizia che gli durò un mese e mezzo malgrado ripetuti purganti e rimedii temperanti: a 26 anni ebbe le febbri periodiche terzane curate con quattro salassi ed un sanguisugio ai vasi emorroidali; febbri che gli durarono due mesi e mezzo, e gli lasciarono una continua doglia all'ipocondrio destro, della quale non potè liberarsi più.

Ora da 15 giorni, senza alcuna causa avvertita, nè

stravizi, nè fatiche eccessive, nè cause morali, gli si fece più molesto il dolore abituale, con anoressia, dispepsia, malessere e stanchezza generale, bocca amara, pastosa, tinta fosca e giallognola della pelle, orine cariche e giallognole: mentre la digestione si fece laboriosa e difficile, notò che il dolore profondo della destra regione ipocondriaca veniva ad esacerbarsi regolarmente un'ora e mezzo dopo il pasto: la pressione lo esacerbava pure, specialmente se fatta in un punto medio tra il destro margine costale, e l'ombellico, là dove la anatomia ci mostra essere profondamente situato il duodeno: la percussione dimostrava l'area epatica piuttosto estesa; il ventre un po' teso ma del resto indolente, l'alvo chiuso: la lingua asciutta, fecciosa, con sapore amarognolo e molta sete: le orine assai colorate con alcuni fiocchi mucosi e una densità di 1,028; quantunque in apparenza cariche di pigmento biliare, trattate coi chimici reagenti non dettero la reazione che ne caratteizza la presenza, onde si dovette escludere una *vera* itterizia quale dalla leggiera tinta biliosa della pelle e della congiuntiva si poteva supporre: si diagnosticò pertanto un catarro lento gastro-duodenale con ingorgo epatico. Febbre non v'era, nè vi fu mai: la temperatura era poco superiore al 36° grado, i polsi oscillarono tra 60 e 70, le respirazioni 24, con rumore vescicolare distintissimo in tutto l'ambito polmonare: nessun sintomo di lesa funzione nel sistema nervoso.

La cura fu incominciata con severo regime dietetico e piccole dosi di tartaro stibiato (0,05) nell'acqua imperiale; e vista inutile questa formola fu continuata con pillole aloetiche e stibiate (aloe e gomma ammoniaca ana 1 gramma, tartaro stibiato 0,10, est. camomilla p. q, per 20 pillole da p. ij ogni 3 o 4 ore); queste più volte ripetute determinarono abbondanti scariche biliose con

notevolissimo miglioramento progressivo: diminuiva ma non cessava però il dolore alla profonda regione dello ipocondrio destro, per il quale si ebbe ricorso a pillole di calomelano (0,20) e estratto di cicuta (1 gramma) per 20 — da p. j ogni 2 ore. Con queste prescrizioni cessò il dolore epato-duodenale, ma persistettero sintomi di catarro gastrico e buccale, per cui si ricorse ancora alla magnesia calcinata e per ultimo all'acqua ferruginosa di La Bauche. Coll'uso di questa in 10 giorni si ripristinarono le funzioni digerenti e si potè concedere un'alimentazione gradatamente più confacente al progressivo ristabilimento. La cura durò complessivamente 26 giorni e l'ammalato lasciò l' Instituto clinico in perfetto stato di salute, con miglioramento anche notevole del suo colorito epatico, che dopo le febbri sofferte, da circa 18 mesi cioè, non aveva perduto più mai; e che durante l'ultima fase morbosa che l'aveva condotto all' ospedale erasi reso ancora più carico. Questo colorito è frequente in chi sofferse molte e ripetute febbri periodiche con residui patologici alle ghiandole addominali ed al fegato in ispecie: rappresenta un pseudo-ittero che propriamente dall'itterizia vera non differisce che di grado: gli elementi anatomo-patologici, il catarro duodenale, l'irritazione secretoria e la congestione epatica vi esistono come nella itterizia vera, di cui l'esame delle orine forma soventi un importante segno differenziale, e positivo ancor più che non possa essere l'acolia intestinale la quale per verità non si osserva sempre assoluta e perfetta nemmeno nei casi più gravi di itterizia.

Grave è l'itterizia quando si associa a febbre maligna, a forme morbose tifoidee, a localizzazioni patologiche sulle meningi e sul cervello, quale fu il caso che ho narrato nell'altro mio rendiconto a pag. 141; ma grave vuol essere anche detta quella che si associa alle flogosi

epatiche con alterazioni più o meno profonde di questo importantissimo organo, con lesione nella circolazione venosa che gli è propria, siccome occorse nel d'altronde fortunato caso clinico che passo a narrare.

Un ex-militare d'anni 40, di tempra bilioso-linfatica, di buona costituzione, dato ad un genere di vita e di vitto per ogni riguardo ordinati e regolari entrava in clinica il 10 febbraio 1865. Non ricordava malattie di rilievo in rapporto colle prime età, tranne un'ostinatissima tosse, forse asinina, e 'l vaiuolo sofferto a 10 anni che gli lasciava sulla faccia indelebili cicatrici. Durante la compagna di Crimea ebbe a soffrire di dissenteria; e da poi di tempo in tempo andò soggetto a profluvii intestinali, che sempre guarirono però e prontamente, con pochi rimedi. Ebbe ancora una congiuntivite granellosa e un furoncolo maligno alla nuca che guarì lasciando in sito una cicatrice aderente.

La malattia attuale aveva avuto origine da più mesi, essa datava dall'agosto 1864, epoca in cui, per gravi contrasti morali avuti coi suoi superiori, lasciava il servizio militare.

D'allora in poi rimase melanconico, amante della solitudine, perdette l'appetito, gli si fecero penose e lente le digestioni, sorsero più frequenti i disturbi intestinali, si dimagrò, perdette il naturale suo colorito, diminuirongli le forze progressivamente, fino a tanto che, sul principio di febbraio, comparvero dolori addominali specialmente risentiti alle regioni ipocondriache, e insieme con essi il ventre si fece tumido e comparve distinta itterizia, e ad un tempo, così le pareti addominali come le estremità inferiori si fecero edematose: prese alcuni rimedi suggeritigli dall'empirismo e tra gli altri il solfato di magnesia: lungi dal migliorare il suo stato, si aggravò e per ciò ricorse all'ospedale.

L'itterizia, la macilenza, e l'edema erano i fatti che primi colpivano lo sguardo nello esame obbiettivo: i centri nervosi non presentarono lesioni notevoli: molesto prurito alla pelle con eruzione papulosa sparsa davano ragione dell'insonnia del malato: la respirazione era frequente a 40 per minuto, i segni fisici indicavano catarro de'bronchi e impermeabilità alla base dei due polmoni, con livello diaframmatico molto alto; l'impulso ed i suoni cardiaci oscuri, l'area precordiale ristretta, i polsi piccoli, profondi, stretti, a 72. La temperatura ascellare a + 37 c. Il ventre, teso uniformemente, dava suono timpanico in alto, suono ottuso nella zona sotto-ombellicale: la palpazione indicava palese fluttuazione peritoneale; all'ombellico misurava la circonferenza lombo-addominale 89 centimetri, 83 nella zona sotto-ombellicale, 90 alla regione basilare del torace. Il fegato e la milza davano alla percussione un'area assai estesa: le funzioni del ventricolo non erano guari disturbate, l'alvo sciolto con frequenti evacuazioni siero-biliose. Le orine scarse, di color giallo-rossigno, trattate coll'acido nitrico non dettero precipitato albuminoso; esplorate col cloroformio secondo il metodo del Valentiner, si ebbe una reazione indicante grande quantità di colepirrina.

Si diagnosticò lenta epatite con itterizia ed ascite. Colla cura semplicemente negativa, coll'acqua imperiale le urine si fecero più abbondanti, più chiare, meno colorate di bile; dopo pochi giorni il cloroformio più non produsse la citata reazione. Con tutto ciò l'effusione peritoneale non cessò, parve anzi aumentare e la misura del ventre mostrò l'aumento di qualche centimetro, tuttochè l'alvo fosse rimasto libero sempre. Allo scopo di vincere la malattia del fegato, e di risolvere l'idropisia si ricorse a cartoline di calomelano e squilla ana 0,20 con zuccaro grammi 5 divisi per 10 cartoline, delle quali

se ne amministrò regolarmente una ogni 2 ore. Si continuò ad un tempo l'acqua imperiale per bevanda, nulla temendo dalle bevande acide concesse unitamente all'amministrazione del calomelano; chè per esse nè si scompone, nè cessa dallo spiegare l'azione sua, nè tampoco produce nocevoli effetti, siccome venne per lungo tempo creduto ed insegnato nelle scuole.

Con questa cura diminuirono tutti i sintomi e colla misura si potè constatare anche la diminuzione della raccolta peritoneale: le orine si fecero abbondanti sino a 5 chilogrammi ed 8 ettogrammi nelle 24 ore: in complesso in circa 12 giorni la dose totale del calomelano e della squilla fu di gramma 1 e 60 centigrammi: non si manifestò stomatite, appena leggiera scialorrea fu riconosciuta il 25 febbraio, giorno in cui si desistette dal calomelano per continuare la sola squilla.

Le evacuazioni alvine riuscirono sempre diarroiche e ripetute più volte al giorno: la fluttuazione addominale quasi affatto scomparve: il 22 febbraio alla base del torace si misurarono soli 80 centimetri, 77 alla zona ombellicale, 74 alla zona sotto-ombellicale: scomparve l'itterizia: scomparve il catarro bronchiale: i polsi si ridussero a 65, le respirazioni a 20, la temperatura a 36 4|5. L'appetenza, la facilità delle digestioni, il ritorno delle forze e del naturale umore accompagnarono questo progressivo miglioramento. Il 3 marzo l'ammalato era in piena convalescenza e volle lasciar l'ospedale.

Le funzioni erano tutte riordinate, le evacuazioni alvine ridotte a due nelle 24 ore e di sostanze formate: alla base del torace, la circonferenza del torace erasi ridotta a 77, l'ombellicale a 70, la sotto-ombellicale a 71; la percussione trovava anche nelle parti basse suono intestinale, la palpazione non dava segno di fluttuazione, l'edema delle pareti addominali e delle estremità inferiori del tutto scomparso.

Non credo di essermi male apposto avendo considerato come grave questa fattispecie di itterizia: il pronostico era stato pronunziato favorevole, non senza fare però grandi riserve: così scrisse il dottor Carlo Ruga nel suo diario clinico; la cura riuscì bene e presto, anche oltre l'aspettazione e tanto meglio! Ciò mostra come dall'arte non si debba disperare mai anche nei casi difficili ed in apparenza pericolosi. Alla stessa conclusione portano due altri casi di epatite lenta, con tendenza alla cirrosi, dei quali credo non meno utile l'esposizione storico-clinica.

Un contadino da Garessio, d'anni 43, di tempra biliosa, di buona costituzione, dato ad una vita faticosa, con un genere di vitto meno riparatore e meschino e irregolare per abuso di alcoolici, vino e liquori, era coricato al num. 154 dell'Instituto clinico il 20 dicembre 1864: il dottor Prades prendeva cura delle annotazioni nel diario clinico, in cui trovansi riferiti i seguenti fatti: nella storia anamnestica remota, vaiuolo discreto alla età di anni 5; febbre reumatica all'età d'anni 20, curata con cinque salassi; febbri intermittenti terzane nè lunghe però, nè gravi. Nell'anamnesi prossima, da due anni, per effetto del confessato abuso, anoressia, dispepsia, senso di peso e dolore gravativo all'epigastrio, flatulenze, tensione dolorosa dell'ipocondrio destro, stitichezza abituale, tumefazione del ventre, massime dopo il pasto, cefalea. Per liberarsi da queste sofferenze ebbe ricorso a ripetuti purganti ed a molti rimedi empirici: allo stesso scopo l'arte gli suggerì le emissioni di sangue e tre salassi gli furono fatti ed un sanguisugio gli veniva praticato alla regione epato-gastrica. Parve avere temporaneo sollievo e dall'una e dall'altra medicazione, potè tirare avanti, come si dice, ma in realtà buona salute non riacquistò più mai e dopo alternative di male e di peggio veden-

dosi il ventre rendersi sempre più gonfio e indebolirsi le forze e deperire l'intiera costituzione si determinò di cercare in Torino quella salute che in paese aveva perduto. Dopo pochi giorni di permanenza nell'ospedale (sezione Timermans) venne tradotto in clinica.

All'esame obbiettivo presentava una notevole macilenza con un peso netto di 53 chilogrammi e 5 ettogrammi, colorito della pelle giallo pallido, quasi itterico, temperatura a 37 3|5: estremità inferiori edematose; nessuna notevole lesione degli organi della innervazione, e della circolazione cardio-arteriosa, respirazione un po'affannosa e rumor bronchiale esagerato, senza alcun rantolo: ventre teso, voluminoso, sporgente nella regione mediana con manifesta fluttuazione, assottigliamento delle pareti addominali ed ectasia venosa succutanea: alla regione ombellicale la periferia del tronco misurò 104 centimetri: 92 alla base del torace: 84 alla regione sotto-mamillare: l'ottusità addominale nella linea mediana arrivava fin verso l'ombellico: l'ottusità epatica nella linea ascellare destra estendevasi, più o meno piena, dalla 4ª costa alla 8ª: area splenica limitata, ma spinta molto in alto verso la 4ª costa dalla raccolta peritoneale; persistevano i sintomi di catarro stomacale e buccale, anoressia, dispepsia, pirosi, rutti, bocca amara, pastosa, lingua fecciosa, spessa, coperta di patina muco-biliosa: alvo sempre chiuso malgrado ripetuti purganti; orine scarse, rosse, sedimentose, non albuminose.

La diagnosi fu di lenta epatite con ostacolo alla libera circolazione portale ed ascite. La quantità del liquido parve abbastanza abbondante, perchè, vista la lenta origine dell'effusione peritoneale, e la lunga durata del fatto morboso epatico convenisse ricorrere alla paracentesi; l'altezza del diaframma fu calcolata alla 4ª costa: i sintomi di ostacolo alla respirazione e 'l catarro bronchiale

erano per vero poco pronunciati; ma se non l'urgenza la convenienza dell'operazione era evidente. E 'l 22 dicembre fu fatta. Se ne estrassero oltre otto chilogrammi di limpidissimo siero: dopo l'operazione colla misura si trovarono 79 centimetri all'ombellico — 82 alla base del torace ed anche 82 alla regione sotto-mamillare.

L'operazione fu benissimo tollerata, nessun fenomeno di rilievo occorse da poi, tranne la stitichezza piuttosto ostinata, la scarsa diuresi e la manifestazione di tosse umida con corrispondenti rantoli bronchiali mucosi, pria non esistenti. Alla coprostasi si cercò di ovviare colla magnesia, col sciroppo di fiori di persico, coll'olio di ricino, colla tisana lassativa unita al tartaro solubile ed al sciroppo di cicoria composto; ma non si ebbero che poche e difficili evacuazioni alvine: per ottenere maggior effetto si ricorse alla massa pillolare tonica del Bacher facendone di un grammo venti pillole (1); si ebbero da queste sufficienti scariche alvine, e la dose venne per ben cinque volte ripetuta con sempre crescente vantaggio; il ventre si fece trattabile, meno tumido, con pareti rilassate e cedevoli, l'ottusità epatica piena nella linea ascellare si trovò corrispondere a poco più di un plessimetro; ricomparve un po' di fluttuazione ma oscurissima: ritornò l'appetenza, ma le digestioni furono lente, dolorose per epigastralgie e flatulenze; contro questi fenomeni morbosi fu prescritta l'acqua ferruginosa di La Bauche indicata anche da una idroemia persistente, riconoscibile in ispecie per un leggier edema ai malleoli.

Il vantaggio ne fu segnalatissimo e nelle funzioni epato-

(1) Le pillole di mirra elleborate o toniche di Bacher, sono composte di estratto d'elleboro nero con sottocarbonato di potassa — estratto di mirra acquoso e cardo benedetto in polvere. V. la farmacologia di A. Giordano p. 855.

gastriche e nello stato generale. Continuarono ma leggierissime le sofferenze epato-gastriche, l'alvo continuò stitico, ma senza incommodo. E quando il malato lasciava l'ospedale il 30 gennaio 1865, dopo una permanenza di soli 40 giorni, non solo era scomparsa ogni traccia di idropisia addominale, ma notevole era il miglioramento nelle condizioni generali di nutrizione: il peso del corpo conservavasi pressochè quello di prima malgrado la sottrazione del liquido peritoneale: se favorevoli saranno state le condizioni igieniche frammezzo alle quali avrà vissuto da poi, non è improbabile che la guarigione siasi anche resa stabile e permanente. Il giudizio pronostico in tali casi dipende dal grado di lesione anatomica, dall'essere predominante l'elemento congestizio o 'l flogistico, e dai progressi fatti, dalla estensione presa da quest'ultimo processo morboso, il quale, duole il dirlo, ne' varii suoi periodi così ben descritti e definiti dagli anatomo-patologi non ha però corrispondenti forme cliniche sempre dichiarate, costanti e sicure.

Lente nella loro origine, poco espressive nel linguaggio patologico, di patogenesi soventi oscura sono le epatopatie, e cominciando dalle semplici iperemie per andare sino al fegato grasso, al fegato granuloso, al fegato cereo, al fegato lardaceo o amiloide, si hanno innumerevoli gradazioni e composizioni di lesioni patologiche, che per lo più sul tavolo anatomico assai meglio si studiano però che non al letto degli infermi. La stessa cirrosi epatica, che pure è tra le malattie del fegato una delle meglio studiate e clinicamente e anatomicamente parlando, ne' suoi primi periodi può essere facilmente misconosciuta, o male apprezzata la sua entità, il suo grado, il periodo cui è giunta e ciò tanto ne' casi semplici come specialmente ne' casi complessi di malattie viscerali molteplici. Confesso che se avessi dovuto determinare esplicitamente

lo stato anatomo-patologico del fegato nel narrato caso di lenta epatite mi sarei trovato non poco imbarazzato : la riduzione avvenuta nell'area epatica in un colla scomparsa dell'ascite mi portarono a credere la lesione d'indole piuttosto congestizia : ma l'origine antica , la data dello sviluppo dei primi patimenti, e l'ottusità epatica assai ristretta trovata in fin di cura, lasciarono in me grave sospetto di un processo lento d'iperplasia del connettivo, con principio di atrofia degli acini epatici: se limitate e questa e quella, se contenute in limiti assai circoscritti, si capisce possano non dirò retrocedere ma arrestarsi ; e possa ristabilirsi la libertà quasi totale della circolazione della vena porta , e migliorarsi tutte le funzioni chilo ed ematopoietiche. Tale è la spiegazione ch'io credo si possa dare e del narrato fatto, e di quest'altra osservazione clinica che stimo di non minore interesse pratico.

Un domestico d'anni 46, già soldato in Sardegna ed in Africa ; di tempra sanguigno-biliosa, di robusta costituzione, con abito di corpo macilento e apparenza un po' cachettica, per cui si sarebbe detto già più inoltrato nell'età di ciò che realmente fosse; dato ad una vita varia ma sempre faticosa, con abitudini di vitto varie pure e qualche abuso di vino e spiritosi, entrava in clinica il 29 novembre 1864 al N. 153. Della sua storia patologica con lodevole impegno prendeva cura il dottore Balegno Eucherio. Eccola quale venne registrata nel memoriale clinico.

Anamnesi remota. A 14 anni gastro-enterite acuta con linfangioite alle estremità inferiori durata quattro mesi e curata con sei salassi e 15 mignatte ai vasi emorroidali. Da poi ripetute congestioni cerebrali e febbri cefaliche curate sempre con qualche sottrazione sanguigna. A 21 anno epatite acuta con itterizia, curata con sei salassi. A 25 anni in Africa dissenteria. A 31 anno leggiera pleurite sinistra curata in un ospedale militare piemontese

con 6 salassi. A 36 anni ulceri veneree e bronchite lenta curata con ripetute sanguigne e passata allo stato cronico, per cui, malgrado l'olio di merluzzo e la pomata emetica usata sul petto, stette malato per ben sei mesi. A 45 anni oftalmia con febbre periodica curate con due salassi, un sanguisugio ai vasi retromastoidei, vescicanti alla nuca e preparazioni chinoidee. Da molti anni massime dopo dispiaceri gravi e patemi d'animo, deperimento, dissesti funzionali nel tubo gastro-enterico e flusso emorroidale, e abituale stitichezza.

Anamnesi prossima. In tali condizioni, e per la continuazione delle stesse cause morbose, da un mese all'incirca, dolori vaghi addominali, dispepsia, inappetenza, tumefazione del ventre, alvo sciolto in permanenza dopo poche dosi di olio di semi di ricino prese, diminuzione nella quantità delle orine, malessere generale, dimagramento, cefalea, perfrigerazioni lungo il dorso e leggiera reazione febbrile verso sera. In tale stato entrò nell'ospedale presentando evidenti segni di lento catarro stomacale, versamento ascitico, catarro bronchiale e altri disturbi di circolazione venosa.

All'esame diagnostico fatto nanti la scolaresca il 5 dicembre si trovarono cefalea gravativa frontale, dolori contusivi alla regione lombare, crampi alle estremità superiori ed inferiori: torace sonoro alla percussione con rantoli sottocrepitanti e sonori sparsi, ansietà e frequenza di respiro a 36 per minuto: impulso del cuore oscuro, suoni cardiaci profondi, area precordiale normale, 88 pulsazioni arteriose alla regione radiale: lingua fecciosa, spessa, coperta di patina mucosa bianca, cattivo sapore alla bocca; dolori alla regione epigastrica con tensione di questa regione, anoressia, disoressia; ventre chiuso, timpanico all'epigastro e sino a due dita trasverse al di sotto dell'ombellico, ottuso a tutta la re-

gione ipogastrica: manifesta fluttuazione alla palpazione fatta sulle regioni epicoliche: misurando il tronco nella sua periferia a un dito trasverso sotto il capezzolo della mammella si ebbero 89 centimetri, alla base del torace passando per le regioni ipocondriache 91, alla regione ombellicale 92. L'area epatica fu trovata assai circoscritta, estesa per contro la ottusità splenica: le orine scarse, rosseggianti, dense a 1028. La pelle arida, di colore giallo-pallido, subitterica, assottigliata, tesa e lucente al ventre: temperatura ascellare 38 c.: malgrado la notevole macilenza il peso del corpo era di 64 kilogrammi e 5 ettogrammi. La formola diagnostica fu di epatite lenta interstiziale (cirrosi).

A misura che si rese più evidente l'effusione peritoneale l'alvo si rese di nuovo stittico, come di abitudine; per cui fu anche necessario ricorrere a qualche idragogo; ad un tempo si continuò per qualche giorno l'acqua ferruginosa di Courmayeur, la quale dopo pochi giorni si dovette sospendere per aggravamento dei fenomeni febbrili, che, leggieri nelle sere del 7 e dell'8 dicembre, presero maggior imponenza nella sera del 9 e furono rappresentati da forti brividi di freddo che durarono più ore, con successivo calore e affanno e dispnea, e cefalea gravativa senza sudore: la temperatura arrivò a 39, i polsi a 92, le respirazioni a 40. Per troncare queste ricorrenze febbrili fu dato un gramma di chinino e nella sera del 10 si ebbe apiressia. Notando quindi un aumento nell'effusione peritoneale (la misura della regione ombellicale dava 95 centimetri) e crescente ambascia di respiro, con difetto di rumor vescicolare per buon tratto della base dei due polmoni, l'11 mattino praticavasi la paracentesi, con che si estrassero 7 kilogr. e 3 ettogr. di siero riccamente albuminoso. Nella regione sottomammillare si misurarono tosto 86 centimetri — 87 alla base del

torace — 89 alla regione ombellicale: ma sorsero brividi di freddo, dolori di ventre acuti e superficiali, ed una vera febbre nella sera, sintomatica di peritonite, per la quale prontamente giovarono le applicazioni topiche di unguento napoletano e estratto di belladonna con soprapposizione di cataplasmi. Cessò la febbre sintomatica ma ritornò la periodica quotidiana con invasione a freddo nelle ore meridiane, per cui si ebbe nuovamente ricorso al chinino. Malgrado un notevole miglioramento, tuttavia il 19 dicembre i polsi erano a 70, le respirazioni 32, il calore a 38 gradi e la periferia del ventre s'era di nuovo accresciuta di due a tre centimetri rendendosi poco presso eguale a quella che si aveva prima della operazione. Colla continuazione del chinino alla dose di 0,50 grammi al giorno cessò finalmente la febbre e nella sera del 21 si constatavano 64 pulsazioni, 22 respirazioni e 37 di temperatura; continuò un po' di diarrea e comparve anche un po' di sudore nella notte, e le orine si fecero più abbondanti, più limpide, e diminuì il ventre e si rese meno sensibile la fluttuazione e anche nelle fosse illiache si potè colla percussione distinguere il suono intestinale; ritornò l'appetenza e per fare una cura ricostituente si prescrisse olio di merluzzo, latte vaccino e acqua di La Bauche. Con questi mezzi si regolarizzarono le funzioni; una evacuazione alvina giornaliera di materie formate, orine limpide ed abbondanti, pelle morbida con leggiera desquamazione cutanea; scomparve affatto ogni traccia di idrope peritoneale e l'ammalato così migliorato il 27 gennaio lasciava l'ospedale.

Dagli esposti fatti morbosi già risulta di alcune ragioni causali che hanno più diretta influenza nelle malattie epatiche, e sono l'abuso del vino e dei liquori, i patemi d'animo tristi, le febbri periodiche, triplice fonte eziologica che a volte si trova anche nello stesso individuo,

il che non può a meno di aggravare il fatto morboso: altre cause possono però incontrarsi.

I tumori addominali, poi l'amenorrea, poi le emorroidi e gli altri disturbi di circolazione venosa che vi si collegano hanno soventi rapporti di causalità colle malattie del fegato e specialmente colla cirrosi e colla adiposità o infiltrazione adiposa che non raramente trovansi riunite: ciò avviene nella stessa gravidanza in grado più o meno notevole; un esempio di fegato cereo veramente enorme il trovai alcuni anni fa in una puerpera che anemica in seguito a diarrea colliquativa era dalla maternità trasportata nella mia sezione, dove poco dopo moriva.

I tumori ovarici possono anche produrre malattie epatiche: ciò vidi qualche volta, e il seguente fatto ne sarebbe un esempio.

Una suonatrice ambulante di chitarra d'anni 40, di tempra biliosa pretta, di buona costituzione, ma molto macilenta, entrava in clinica il 24 febbraio 1865 al numero 349. Ne scriveva la storia il dottore Bertetti. Da essa risultò come la suddetta, dopo di avere sofferte le solite malattie dell'età infantile, verminazione, tosse convulsiva, rosolia, e anche vaiuolo discreto; venisse mestruata a 13 anni e abbondantemente, per 8 giorni nei primi tempi, quindi successivamente per soli 4 giorni, ed ora da due anni fosse amenorroica del tutto. Sofferse da poi per malattie gravi, tra cui una pneumonite destra con epatite, a 23 anni, trattata con 12 salassi ed un sanguisugio all'ano, e che durò tre mesi. A 25 anni fu ancora per due mesi malata di pleurite destra curata con 6 salassi. Notossi come particolarità di idiosincrasia individuale, una grande stitichezza sofferta sempre sin dall'infanzia.

Fu all'età di 33 anni, che la donna s'accorse di portare un tumore alla regione ileo-cecale che lentamente

crebbe; in quattro anni non arrivò a prendere il volume della testa d'un feto, e non oltrepassò mai, nemmeno in seguito, l'altezza dell'ombellico: per ben tre volte, a lunghe distanze, a suo dire, previi forti dolori di ventre, e vomiti, e diarrea con uscita di materie gelatinose e quasi purulente (?), il tumore sarebbe prontamente scomparso per nuovamente manifestarsi. Maggiori ragguagli non seppe dare. È notevole però che quantunque maritata non figliò mai, e che dopo la comparsa di questo tumore la mestruazione si rese sempre più scarsa, sino a mancare affatto; il che lascia credere che quel tumore avesse sua sede nell'ovaio destro. In seguito alla mancanza dei mestrui aumentò progressivamente sempre e in totalità il volume del ventre a segno da recarle fastidio, disturbando respirazione, digestione e anche l'orinazione che si rese scarsa, dolorosa, difficile. Dopo invano tentati ripetuti purganti si risolse finalmente di riparare all'ospedale.

Alla prima visita si riconobbe una prosopalgia costituita da acuti dolori, che dalla regione sopra orbitale sinistra si estendevano in alto verso la regione auricolare, ed in basso lungo i rami dentali. Nell'organo del respiro nulla si trovò di notevole tranne catarro bronchiale e affanno ed ambascia che crescevano nell'intervallo della digestione. I polsi erano a 85 e molto piccoli, stretti; i movimenti del cuore un po' tumultuosi, accelerati, frequenti, senza che la termogenesi fosse oltre i limiti normali; l'ammalata lagnavasi anzi di continuo senso di freddo massime alle estremità inferiori.

I segni più evidenti di malattia erano negli organi addominali: il ventre voluminosissimo presentava alla periferia dorso-ombellicale 116 centimetri, le pareti addominali tese, assottigliate, poco marcate le vene succutanee, manifesta la fluttuazione specialmente a sinistra,

la massa intestinale spinta in alto nella zona epigastrica, area epatica e splenica assai circoscritte: l'ammalata diceva di avere buon appetito e non v'era traccia nè di catarro buccale, nè di catarro stomacale, lenta però e laboriosa la digestione con senso di pirosi, alvo difficile, orine scarse, rosse, brucianti, tenesmo e catarro vescicale.

L' esplorazione uterina non fece riconoscere alcun segno o sintomo morboso ; l'esame chimico delle orine mostrò reazione neutra, molta urea, molto muco-pus, e leggierissima quantità di albumina. L'acido nitrico e 'l fuoco vi destavano leggerissimo intorbidamento ; col nitrato acido di mercurio producevasi momentaneo intorbidamento , quindi effervescenza e scoloramento completo dell'orina, che cominciava dai bassi per estendersi ai più alti strati. La diagnosi fu di ascite con pressione venosa da cisti ovarica destra. Le sofferenze dell'ammalata, la difficoltà di respirazione e di digestione indicavano con qualche urgenza la paracentesi e fu fatta il 25 febbraio estraendo 15,600 grammi di siero del colore della lavatura di carne : la puntura venne fatta nel solito luogo di elezione. Dopo l'operazione si potè distintamente riconoscere il tumore ovarico fisso e aderente alla regione epicolica destra, elevantesi fin verso la regione ipocondriaca : al disotto dell'arco costale destro si toccò il margine inferiore del fegato acuto, sottile e duro. La raccolta non tardò a riprodursi: in tutto il mese di marzo l'ammalata soffrì ripetutamente di prosopalgia e continuamente di stitichezza. A quella si provvide colle pillole di Meglin, a questa con ripetuti eccoprotici, ed idragoghi che non impedirono l'aumento progressivo dell'ascite.

Il 25 marzo la misura della circonferenza del tronco dette all'altezza dell'appendice xifoidea 88 centimetri, all'ombellico 108, più in basso verso l'ipogastro 87. Il

3 di aprile si praticò una seconda paracentesi e si ebbero otto chilogrammi di limpido siero. Questa seconda puntura determinò un po' di peritonite con febbre: si ricorse alla pomata di unguento napoletano e estratto alcoolico di atropa belladonna: dopo poche frizioni erano cessati e dolori e febbre, ma sorse ptialismo e stomatite mercuriale per cui si dovette ricorrere al clorato di potassa: otto grammi al giorno, in pochi dì, rimediarono a questo fatto morboso. Ricomparve la prosopalgia, e questa volta con diffusione ai nervi occipitali e ricorrenze periodiche per cui si ebbe ricorso al valerianato di chinino. Alla persistente pirrosi si provvide con ripetute dosi di magnesia, ed allo scopo di facilitare la digestione si ricorse all'acqua di La Bauche che nei casi di epatopatie narrati ci aveva così bene soccorsi.

Non si potè impedire la riproduzione dell'ascite: il 12 maggio il ventre alla regione ombellicale misurava 102 centimetri e si praticò una terza puntura con che si estrassero 7,100 grammi di siero, questa volta di bel nuovo sanguinolento. Si evitò la peritonite, perdurarono ostinate la prosopalgia e la coprostasi malgrado ripetuti sedativi e purganti e clisteri: come epifenomeni occorsero eruzioni cutanee febbrili, poche migliari, papule di prurigine, orticaria ma di poca entità: la raccolta lentamente si riprodusse come prima, e 'l 24 luglio si fece per la quarta volta la paracentesi estraendo 8,800 grammi di siero sanguinolento.

Coll'uso dell'acqua di La Bauche, con un vitto confacente, col riposo, dopo una permanenza nell'ospedale di parecchi mesi, stante la gravezza della malattia l'ammalata non era guarita, ma neppure gran cosa peggiorata e 'l 3 agosto stando per chiudersi l'Instituto clinico ne venne licenziata raccomandandole possibilmente l'aria campestre ed una buona igiene.

Ho considerato il tumore ovarico come concausa, in questo caso, di lenta epatite per i disturbi di circolo venoso che ne sono la conseguenza: non posso tacere che la malattia sofferta a 23 anni dovette anche contribuirvi.

Nelle pneumo-epatiti, come pare fosse stata quella precedenza morbosa, inevitabilmente prende parte alla flogosi e la capsula fibrosa e l'involucro sieroso del fegato; i quali per inspessimenti e aderenze e iperplasia del connettivo possono incapsulare patologicamente il fegato, impedirne la distensione anche nei limiti fisiologici, fare dirci una pressione concentrica, e preparare così lentamente la cirrosi che nelle sezioni cadaveriche vidi anche collegata, soventi manifestamente, con questi esiti naturali di antichi processi flogistici.

Nel caso concreto aderenze peritoneali vi dovevano essere anche in rapporto col tumore ovarico, il quale stando vere le risultanze dell'anamnesi remota, doveva essersi più volte svuotato nell'intestino, cosa impossibile senza previa peritonite adesiva. I ragguagli sopra queste precedenze furono per mala véntura così pochi, che non sarebbe possibile fondare sui medesimi alcun corollario scientifico, che d'altronde non avrebbe che fare colle malattie epatiche di che discorriamo.

Molte sono le complicanze possibili della cirrosi epatica, tra esse merita attenzione l'albuminuria: in non pochi casi ricordo di avere trovato nei cadaveri la complicanza della nefritide albuminosa colla cirrosi e specialmente con quella varietà di essa che si associa alla infiltrazione adiposa; un caso n'ebbi anche in quest'anno clinico; ne riferirò brevemente parlando delle malattie dei reni; amo ora riportare il fatto dell'ecchinococco del fegato occorso in clinica, ma solo riconosciuto, mi affretto a dirlo, nell'autopsia di un ammalato morto di tubercolosi polmonare.

Un giovine sarto d'anni 24 di tempra linfatico-nervosa, con abito strumoso rivelato da una cicatrice scrofolosa alla regione mascellare inferiore destra, entrava il 2 dicembre 1864 al num. 140, nella sezione clinica diretta in allora dall'esimio mio collega il Prof. Girola: del memoriale storico era incaricato il dott. Bertetti; io il vidi per la prima volta in febbraio. Ecco l'esposizione sommaria del fatto:

L'ammalato non ricordò malattie di rilievo sofferte nelle prime età, tranne un'adenite scrofolosa alla regione mascellare inferiore che dette suppurazione per un anno intiero, dal 4° al 5° anno: quindi a 10 anni un ascesso acuto vicino alla articolazione omero-radio-cubitale destra: a 17 anni fu salassato 2 volte per una febbre reumatica e successivi dolori al costato destro, curati poi colla pomata stibiata, della quale porta ancora le traccie in manifeste cicatrici cutanee. Disse d'essere stato quindi sano sino a 20 anni; ma dopo il 20° anno ebbe sempre salute cagionevole: fu tossicoloso, ebbe spesso *dolori puntorii all'ipocondrio destro* per cui a due riprese ebbe 4 salassi. L'effetto ne fu un aggravamento della tosse con espettorazione purulenta abbondante; nell'autunno del 1864 queste sofferenze si aggravarono per qualche infreddatura presa, e sopravvenne febbre quotidiana ricorrente ad ore diverse, massime pomeridiane; e la voce si fece rauca; e il deperimento costituzionale fu progressivo per il sudore notturno e la diarrea, prodotta anche da purganti ripetutamente presi dietro suggerimento dell'empirismo. In tali condizioni era ricevuto nell'Instituto clinico.

Io non istarò a narrare quivi per filo e per segno tutta la sua lunga storia morbosa che durò ben 162 giorni e terminò colla morte. L'inspezione, la percussione, l'ascoltazione del torace manifestamente dimostra-

rono fin da principio quale fosse la condizione patologica che sosteneva la febbre quotidiana: l'ottusità marcatissima nel margine posteriore del polmone destro con difetto di rumor vescicolare e soffio bronchiale e rantoli umidi: i rumori di gorgolìo in alto e dai due lati, con rumori crepitanti grossi: i rantoli russanti e sibilanti sparsi: la respirazione supplementaria e puerile alli due margini anteriori ed alla base di sinistra; l'avvallamento delle fosse sopra ed infra clavicolari, sopra ed infraspinose; la quantità di cellule giovani negli sputi e le molte fibre elastiche; le emottisi ricorrenti; i dolori pleuritici or qua or là localizzati, indicavano lenta bronchio-pleuro-polmonite con escavazioni tubercolose. Notevole fu specialmente la ricorrenza di dolori puntorii in *varie* regioni del torace, e soventi associati a notevoli esacerbazioni febbrili, che soventi presero tutta la forma di una vera periodica quotidiana. La temperatura ascellare nelle ore vespertine non raramente andò oltre il 39 del centigrado: anche nel mattino però si trovò soventi a 38, 37 3|5 malgrado il sudore: il polso fu sempre frequente oltre alle 90 pulsazioni per minuto; in progresso di malattia si trovò soventi a 116-120: le respirazioni, frequenti sempre oltre 25, nell'esacerbazione febbrile e nelle ultime fasi della malattia, anche nelle ore mattutine, andavano a 38 — 40 — persino 48.

L'espettorazione fu sempre abbondantissima e coi caratteri dello sputo marcioso e tubercolare; la tosse or più or meno insistente e molesta: la dispnea sempre piuttosto pronunciata, con tendenza di *decubito sul lato destro.*

Nulla di notevole presentò l'organo centrale della circolazione tranne frequenza di ritmo, timbro metallico, toni molto accentati per rumor di valvola piuttosto secco, suoni estesi e chiari e superficiali a destra con area

cardiaca anche estesa da questo lato: la circolazione venosa non si presentò in alcuna parte disturbata gravemente se si eccetui l'iperemia del fegato diagnosticata dall' *area epatica piuttosto estesa.* Le funzioni del ventricolo furono sempre gravemente compromesse; fatte eccezioni di pochi giorni, si ebbero sempre anoressia, dispepsia , nausee, pirosi, e negli ultimi mesi frequenti vomiti : e più grave ancora fu la lesione funzionale dell'intestino rappresentata dalla diarrea, dal meteorismo, dai dolori intestinali, dal tenesmo : i dolori ventrali nel mese di aprile, si fecero così acuti e *ad sensum* e *ad tactum*, che si diagnosticarono ulceri intestinali e peritonite; l'esame microscopico delle deiezioni alvine, non dimostrò però mai altro che molte cellule epiteliali e moltissimi corpuscoli purulenti senza che siansi rinvenuti vermi, nè gli elementi anatomici della tonaca media intestinale: le orine furono sempre molto pigmentate scarse, dense, sedimentose.

Varii furono i rimedi tentati ; si cercò sempre sostenere le forze della nutrizione con buoni alimenti, olio di merluzzo, gelatina di lichene, ma con poca tolleranza e pochissimo frutto; ai ripetuti dolori pleuritici, a volte tormentosissimi si cercò rimedio con qualche sanguisugio locale, ma con risultamenti appena palliativi : alla tosse si cercò ovviare coi sedativi, coll'aconito, coll'acqua coobata, cogli oppiati richiesti anche da molesta e persistente insonnia : alla diarrea si cercò rimedio colle bevande gommose, e albuminose, col tamarindo, col laudano, colla polvere del Dower, coll'acetato di piombo, col nitrato d'argento, e per bocca amministrati, e per clisteri, ma senza notevole guadagno, quando non si voglia considerare come tale una momentanea sosta, una sospensione di evacuazioni, seguita poi da più intenso profluvio e anche a volte da maggiori doglie. Al sudore si cercò di

provvedere colla polvere dell'agarico bianco e con qualche sollievo, però di breve durata. Alla ricorrenza febbrile si tentò di porre argine colle preparazioni chinoidee, col persolfato ed anche coll'arsenito di chinino: l'effetto fu anche qualche miglioramento del momento, seguito da peggioramenti successivi, che vennero a giustificare quanto sul proposito della febbre periodica dei tisici io ebbi a scrivere in una nota del precedente mio rendiconto (V. pag. 94).

Dopo alternative diverse di bene e di male e di peggio, che condussero in fin dei conti ad un vero marasmo e ad una dolorosissima esistenza, sia per i dolori pleuritici, come per le doglie addominali e la febbre consuntiva, il 9 maggio i polsi cominciarono a farsi minuti, celeri ed irregolari, con sommo abbattimento fisico e morale; comparve nel giorno dopo il delirio, tanto fatale ai tisici; i tratti della fisionomia si scomposero e frammezzo alle smanie, all'ambascia di respiro, alle grida eccitate da un forte dolore pleuritico destro, al vomito ostinatissimo, l'infelice esalava l'ultimo respiro il giorno 11 maggio alle ore 7 del mattino.

La sezione cadaverica veniva praticata il 12 alle ore 4 pomeridiane nanti la scolaresca. All'*abito esterno* il cadavere presentò macilenza estrema, pelle sottile, atrofica, scomparso affatto l'adipe sottocutaneo, atrofica la muscolatura: leggiera ecchimosi cadaverica, dalla parte posterior inferiore del collo estesa sino alle natiche, verdastre le pareti addominali nella zona sotto ombellicale: ventre avvallato.

Nel cranio ossa sottili e molto fragili; coagolo fibrinoso e sangue raggrumato nel senso longitudinale superiore, iniezione marcata di tutte le vene cerebrali e meningee; trasudamento sotto aracnoideo abbondante con numerose granulazioni tubercolari nella pia meninge;

nella parte alta degli emisferi cerebrali, la pagina dell'aracnoide che copre lo spazio quadrilatero del Vicq d'Azir spessa e consistente: grumi sanguigni nell'arteria basilare e diramazioni: abbondante quantità di siero e nella grande cavità aracnoidea e anche nei ventricoli medio e laterali: anemici i plessi coroidei, leggier punteggiamento cerebrale, del resto nulla di notevole nè nella consistenza, nè nelle condizioni anatomiche dei varii organi cerebrali.

Nella *cavità toracica a destra* si trovò la pleura parietale inspessita con versamento siero-purulento e fitte aderenze antiche nella parte posterior inferiore, più recenti in avanti: aderenza completa colla pleura diaframmatica. Il margine posteriore e la base del destro polmone sono intieramente epatizzati con molteplici piccole caverne e nel lobo medio e nell'apice: molti tubercoli infiltrati e grosse masse caseose si trovano in tutti i tre lobi del polmone: appena il margine anteriore è ancora un po' permeabile all'aria e anzi in alcuni punti enfisematoso.

La cavità pleurale *sinistra* è intieramente scomparsa tanto sono fitte le aderenze che cementano la pleura costale colla polmonare e questa colla diaframmatica: il polmone sinistro ha un volume maggiore del normale e le costole lasciarono sopra il medesimo solcature e impronte. All'apice si trova una grossa caverna con molte cavernule all'intorno e tubercoli infiltrati e masse caseose. Solo il lobo inferiore ed il margine anteriore, quantunque pieni di tubercoli, presentansi ancora crepitanti. La mucosa bronchiale in tutta l'estensione livida con granulazioni ghiandolari e molta mucosità spumeggiante aderentevi. Tanto ne' bronchi come nella trachea trovaronsi piccole granulazioni tubercolari, sotto-mucose, punti di superficiali esulcerazioni per usura di epitelio: sui legamenti

ariteno-epiglottici si notò leggiero edema sottomucoso; le ghiandole bronchiali voluminose, tumide, ma senza degenerazione tubercolare.

Nulla di notevole nel pericardio; cuore piccolo nella sua massa totale; cavità destre sottili, dilatate, piene di grumi e coaguli estesi tanto nell'arteria polmonare come nelle vene cave. Il ventricolo sinistro presentasi rimpicciolito, di colore sbiadito, con pareti spesse e capacità assai diminuita: orecchietta sinistra poco dilatata: coagulo fibrinoso esteso da questa al ventricolo corrispondente: valvole tutte sane.

Cavità addominale. Nessun versamento peritoneale, sana la pagina parietale del peritoneo: ghiandole mesenteriche tumide e ripiene di masse caseose: è scomparso il grasso dalle pagine del mesenterio: ventricolo vuoto e floscio; le intestina presentano sulla superficie peritoneale molte chiazze rosso-livide che si estendono dal digiuno sin verso il cieco: la mucosa stomacale si trovò molto iniettata, quella dell'intestino coperta di molta bile alla regione duodenale e da moltissime ulceri (le più grosse furono contate fino a 36, le piccole innumerevoli), che dall'intestino duodeno si estendevano sino alla valvola ileocecale dove si trovò una vastissima ulcerazione della estensione di un decimetro: molte di queste ulcere presentavano manifestamente i caratteri dell'ulcera follicolare con bordi rovesciati e margini callosi, altre, le piccole, avevano l'apparenza dell'ulcera catarrale: alcune erano superficiali e mucose, altre occupavano a tutta sostanza le tonache intestinali sino alla membrana sierosa, nessuna era perforante. Nel tenue intestino si trovarono molte materie fecciose sciolte: nel crasso alcune materie ancora consistenti: in questo si trovò una sola esulcerazione superficiale ed ovalare nel colon trasverso, la mucosa del colon era spappolata ed anemica.

Nè la milza, nè i reni presentarono alcunchè di notevole: non così il fegato: il volume di questo viscere si presentò superiore al normale; la sua tessitura, la sua forma, i suoi rapporti, nulla mostrarono invero di ragguardevole, ma alla superficie superiore del lobo destro corrispondente colla concavità del diaframma si trovarono tre grossi gavoccioli del volume di tre grosse uova che a primo aspetto per il loro colorito giallognolo avrebbero potuto imporne per altrettanti ascessi epatici: l'incisione di questi gavoccioli ne indicò però tosto la natura; chè ne uscì molto siero limpido con innumerevoli vescicole di cisticerci. Due gavoccioli furono trovati fra di loro comunicanti: il terzo isolato: questo non venne aperto per conservare il pezzo nel nostro museo di anatomia patologica. Osservando le pareti della cisti queste si trovarono risultanti e dalla capsula di Glisson inspessata ed ipertrofizzata, e dalla matrice stessa della cisti, vero sacco inorganico contenente innumerevoli ecchinococchi con tutti i caratteri fisici che li distinguono.

Egli è per questa risultanza anatomo-patologica che il fatto clinico venne esposto parlando delle malattie di fegato: l'ecchinococco tra noi, almeno per ciò che mi risulta, è abbastanza raro: in moltissimi anni di pratica ospitaliera questo è il secondo caso per me visto. Non parlerò del diagnostico che non fu fatto e non poteva farsi, non essendovi alcun tumore sporgente nè al margine acuto, nè alla faccia inferiore del fegato: non parlerò della cura che è soventi nulla anche nei casi di diagnosi fatta: quanto a eziologia devo pure confessare povertà di cognizioni: quello che credo si possa asserire gli è che nel caso narrato fu una complicanza che non influenzò, nè venne menomamente influenzata dalla tubercolosi pneumo-intestinale che condusse l'ammalato alla tomba: per sè le cisti di ecchinococco in quel caso non avrebbero potuto determinare quell'esito.

Egli è ben vero che questa malattia epatica può riuscire anche per sè fatale, ma allora soltanto, quando le cisti sono numerosissime od acquistano enormi volumi. Nell'altro caso che io vidi, tutto il fegato era ridotto ad una massa informe di molteplici cisti, assai voluminose che riempivano quasi intiero l'addome e si distinguevano benissimo al tatto e colla palpazione delle pareti addominali: l'ammalato, che era un soldato savoiardo, il quale aveva con valore combattuto le battaglie dell'indipendenza italiana nel 1848, entrava nell'ospedale nel 1854 (sezione in allora diretta dal dottor Cesare Schina), con un enorme volume di ventre, ascite, itterizia, e periva per cachessia, simulante perfettamente quella che si osserva nei carcinomi epatici dei quali presentò identica la forma clinica.

Ho detto che nel caso narrato la diagnosi non fu fatta e non poteva farsi: i più volte sofferti *dolori puntorii all'ipocondrio destro* narrati nell'anamnesi forse potevano essere dipendenti dallo sviluppo della cisti degli ecchinococchi, ma come dirlo positivamente per rapporto ad un ammalato che sofferse tante pleuriti e anche alla regione diaframmatica? *L'area epatica molto estesa, il decubito laterale destro* potevano pure essere in rapporto collo sviluppo del parassita nel fegato; ma eglino sono segni così vaghi, così incerti, così frequenti anche in altre malattie del fegato e degli organi del respiro, che nessuno vorrà certo considerarli come utili criterii e sicuri fondamenti di diagnostico. E 'l fremito idatideo, dirà forse taluno? Dubito che questo fremito alla regione epatica sia facile a riconoscersi, velato come deve essere soventi da altri rumori, respiratorii, intestinali e va dicendo: ma supponendolo anche più facile a percepirsi che non sia, come averne la sensazione quando le cisti occupano il centro del viscere, o sporgono dalla sua

superficie solo in quella parte più alta, che coll'intermezzo del diaframma è coperta dalla base del polmone? E ancora da un polmone epatizzato e aderente al diaframma? Per tutte queste ragioni non credo andare errato se qualifico il caso narrato piuttosto come una curiosità scientifica, interessante dal lato anatomo-patologico che non come fatto di speciale interesse clinico. Per conto mio credo mi passerebbe inosservato altra volta ancora l'ecchinococco del fegato quando in congiunture eguali o pressochè fosse per manifestarsi.

Malattie della milza

Le splenopatie osservate in clinica si trovarono tutte legate alle febbri periodiche delle quali ho già fatto parola in altra parte di questo rendiconto: in tutti questi casi le febbri stesse erano già più volte recidivate ed avevano avuto un'origine decisamente miasmatica. Vidi legati coll'ingorgo splenico tutti i tipi febbrili, il quotidiano, il terzano ed il quartanario : in un giovine cappellaio che nelle prime età aveva sofferto ripetute volte di febbre intermittente, e che portava un leggier ingorgo epato-splenico al momento in cui entrava nell'ospedale, la febbre tenne l'andamento di una vera effimera remittente e quantunque nel massimo d'intensità febbrile la frequenza del polso sia salita a 120, la temperatura a 39 3|5, tuttavia il fatto morboso risolvevasi senz' altro dopo un purgante salino (acqua di sedlitz), che scioglieva gli ingorghi viscerali e preveniva così ogni ricorrenza febbrile.

Gli ingorghi, le tumefazioni, l'ipertrofia della milza trovai in individui trattati pelle febbri periodiche con metodi diversi ; coi chinoidei, i quali pertanto crederci

non valgano a prevenire la splenopatia se non in quei casi in cui troncano rapidamente e permanentemente li accessi febbrili; coi salassi, i quali anche ripetuti neppure valgono a prevenire e tanto meno a curare l'ipersplenotrofia. In quella giovane contadina che mi presentò il raro caso di una quartana triplicata, della quale ho tenuto discorso a suo tempo (V. pag. 98), le febbri periodiche avevano avuto principio per la prima volta all'età di 18 anni, e per quantunque ripetutamente le si fosse propinata la china, e le si fossero a riprese praticati 15 o 16 salassi, tuttavia li accessi febbrili con varia vicenda si ripetevano per ben 8 mesi; e conseguenza ne fu un infarcimento marcato, una tumefazione della visceratura addominale, con iscarsità di mestruazione; fatti che ci dettero ragione:

1° Della riproduzione a 23 anni degli accessi febbrili, i quali curati ancora col chinino e troncati, si riprodussero poco dopo e portarono in fine l'ammalata all'ospedale;

2° Dell'abito esterno cloro-anemico e del colorito bilioso acquistato dalla medesima; la quale oltre i sintomi di un lento catarro di ventricolo ci mostrò un'area splenica doppia del naturale, la quale non venne per nulla modificata dal chinino e dall'arseniato di potassa amministrati per troncare la febbre: la quale trattenne l'ammalata nell'ospedale per ben 28 giorni, specialmente per la complicanza di una leggiera pleurite basilare destra e di una successiva otorrea catarrale.

Soventi le febbri recidivanti per ingorgo splenico meglio si curano con idragoghi che non con rimedii specifici. Ciò ben proverebbe il seguente fatto:

Un impiegato alla ferrovia, nell'agosto 1864, ebbe febbri periodiche terzane che dopo tre mesi di cura col solfato di chinino finalmente cessarono: si riprodusse la febbre,

nel febbraio 1865 a tipo quotidiano e col solfato di chinino cessò a capo di 5 giorni. Ma bastò un disordine dietetico perchè in giugno la febbre quotidiana si ripetesse; tre accessi ebbero luogo prima che il malato entrasse nell'ospedale e durante il terzo accesso si trovarono 22 r., 118 p., con una temperatora di + 40 del termometro centigrado: di più alla percussione si trovò un'area splenica piuttosto estesa, senzachè però la milza oltrepassasse il margine costale. L'ammalato già aveva preso un'acqua di sedlitz da cui aveva avuto non poche evacuazioni e stando il ventre ancora teso e pastoso si continuò nella stessa indicazione (tisana lassativa, manna e solfato di magnesia). Quel terzo accesso fu l'ultimo, dopo soli sei giorni di permanenza quell'impiegato ritornava ai suoi doveri, e 'l rilassamento del ventre, e la riduzione dell'area splenica ci permisero di avventurare favorevole pronostico in ordine a possibile sì, ma meno probabile recidiva.

Eguale pronostico formolai in quest'altro caso in cui se non la risoluzione completa, almeno una grande riduzione dell'organopatia splenica potè essere fisicamente constatata.

Un mugnaio abitante in Cherasco, d'anni 27, di tempra biliosa, robusto e ben costituito, entrava all'Instituto clinico il 17 gennaio 1865, al num. 155, per febbre terzana semplice, recidiva e tumore della milza. Egli contraeva le febbri militando nelle provincie dell'Italia meridionale e più volte recidivava nelle stesse, invano curate coi chinoidei: soffriva ad un tempo di acuti dolori e molesta turgescenza alla regione splenica, con accompagnatura di febbre infiammatoria, per cui gli venne praticata una cura antiflogistica con sanguisugi locali. Essi non impedirono il residuo patologico che venne constatato alla milza. È notevole che nei ripetuti attacchi anche violenti di febbre, questa non prese mai alcuna forma perniciosa.

All'epoca dell'entrata il malato soffriva il quarto accesso di terzana nuovamente recidiva; essa invadeva alle 2 pomeridiane con uno stadio freddo che protraevasi per tre ore, sottentrava quindi il calore che prolungavasi molesto appena per un'ora, quindi compariva il sudore che continuava dappoi sino alla mezzanotte. Nessuno speciale sintomo morboso appariva, nè a spese del sistema nervoso, nè degli organi della respirazione, nè del centro della circolazione: il polso che nell'accesso saliva a 102, nell'apiressia oscillava tra 60 e 70: normali erano le funzioni gastro-intestinali, notavasi però un'area splenica assai estesa (18 centimetri nel senso trasversale — 19 nel senso longitudinale lungo la linea ascellare), il bordo costale non era però oltrepassato dalla milza: turgido lo ipocondrio destro con una ottusità epatica che nella linea ascellare estendevasi dalla 6ª costa al margine libero del costato.

Dopo una cura negativa, che diminuì la tensione dell'ipocondrio destro, e l'area splenica ridusse di un sol centimetro nel senso longitudinale, e la febbre rese meno intensa, e meno lungo l'accesso, ebbi ricorso al calomelano (0,50 grammi al giorno in 10 cartoline da p. 1 ogni 3 ore), amministrando contemporaneamente la limonata vegetale per mostrare sempre più ai miei scuolari che il protocloruro di mercurio non ha a temere scomposizione dagli acidi vegetali, come per lungo tempo si credette nelle scuole, affatto gratuitamente, e per idee del tutto aprioristiche. Detta dose di calomelano fu data 3 volte e se ne ebbero evacuazioni alvine senza quasi dolori intestinali. Comparve un po' di stomatite ma il clorato di potassa dato all'interno, ed all'alta dose di 8 grammi, ne fece presto ragione: alcuni accessi febbrili comparvero ancora, ma a tipo irregolare, meno lunghi e meno violenti, con minor intensità di stadio freddo;

essi terminarono poscia affatto: la milza si ridusse a circa 12 centimetri in lungo ed in largo: e, previo l'uso dell'acqua salino-iodica di S. Genisio, l'ammalato di molto migliorato anche nello stato generale, dopo soli 18 giorni lasciava l'ospedale libero dalle sue febbri e senza aver preso alcun rimedio specifico. Ho visto soventi casi simili e per conto mio non so ristarmi dal raccomandare più il calomelano che il chinino contro i cronici tumori splenici, checchè dicano in contrario autorevoli clinici.

I tumori di milza, quando l'alterazione nei processi nutritivi non sia ancora troppo inoltrata, possono benissimo essere ridotti di molto, ed a segno, che il plesso splenico n'abbia minore distensione e meno facile sia perciò la recidiva della febbre.

Negli splenopatici la vidi soventi questa recidiva dietro un semplice movimento un po' faticoso, un'indigestione. La cura negativa, il riposo, il regime trovai bensì sufficienti a troncare queste ricorrenze febbrili degli splenopatici; la splenopatia però in se stessa vuole una speciale cura risolvente, calomelano, sapone, cicuta, iodio, acque salsoiodiche, e via dicendo; che altrimenti la febbre s'insempra e la costituzione generale individuale si altera per secondaria discrasia sanguigna, per quella cachessia che impropriamente fu detta palustre o febbrile, e meglio sarebbe a dirsi splenica, come quella che dipende dalla mala influenza che questo ganglio sanguigno esercita sulla crasi del sangue, dando luogo all'abito cloro-anemico, al falso ittero, alla diatesi sierosa, alla leucocitemia che tengono dietro alla lenta infezione paludosa ed alle febbri periodiche inveterate e recidive.

Mentre ho considerato i tumori splenici come condizione anatomo-patologica capace di sostenere la febbre periodica, credo appena necessario di dichiarare che non ammetto per nulla col Piorry essere questa a quelli le-

gata sempre. Tutte le febbri periodiche nei primi accessi sono indipendenti dalla splenopatia, che ne è l'effetto soltanto; e alcune corrono tutte le loro fasi di sviluppo e di decrescenza senza determinare ingorgo splenico: questo però, ordita che sia nella milza o la ipertrofia o qualche altra anomalia di nutrizione, diventa causa di recidiva o in atto od in potenza, ed è perciò che richiede l'attenzione del clinico per le opportune indicazioni; le quali, mentre tendono a togliere, direi, uno stato di continua opportunità febbrile, possono anche prevenire lo sviluppo ulteriore di quelle cacotrofie che conducono ad una finale cachessia generale.

La quale è bensì di origine splenica, ma in di più attinente ben soventi a speciali neoplasie e degenerazioni viscerali che la milza non solo ma i polmoni, il fegato, i reni colpiscono e anche il ventricolo e le intestina; tale sarebbe ad es. la tubercolosi e la degenerazione amiloidea che soventi molteplici visceri ad un tempo comprendono e tra i più importanti ai processi nutritivi.

Egli è poi dalla maggiore o minore lesione dei processi nutritivi, che si possono diagnosticare siffatte lesioni, e assai meglio, che non dall'esame di ubicazione fisica della regione splenica. In genere colla percussione il volume soltanto della milza; e colla palpazione la forma, la consistenza, i rapporti di questo viscere si possono conoscere; ma esse non valgono a dimostrarci positivamente il grado e la natura della lesione, la quale, al letto degli infermi, solo dalle precedenze e dalle concomitanze patologiche si può diagnosticare in via di probabilità, e di ragionevole induzione. Siccome però di esse non ebbi esempio in clinica, così per non uscire dal seminato, passo a discorrere delle malattie del grande involucro dei visceri addominali.

Malattie del peritoneo.

Frequenti sono le malattie del peritoneo e frequentemente legate colle malattie degli organi che da questa membrana sierosa sono avviluppati: le gastro-enteropatie sono ben di spesso associate a malattie peritoneali: i rapporti anatomici immediati e mediati per via del circolo ne dànno ragione: e ciò che si dice del ventricolo e delle intestina si può ripetere del fegato: l'epatite sierosa così detta, non è altro che una peritonite parziale.

Di questa ebbi un esempio in clinica, abbastanza leggiero, ma pure non senza qualche interesse: una donna maritata, di professione serva, d'anni 39, di tempra biliosa e abito di corpo molto macilento, data a faticosi lavori, con un vitto meschino e poco riparatore, entrava nell'istituto clinico il 5 aprile 1865 al N. 347. Ne prendeva nota il dott. Felice Sperino in allora allievo del 5° anno di medicina.

Essa narrava di essere regolarmente mestruata, ma da due anni un po' più scarsamente che non fosse prima; lo scolo mensile comparso a 16 anni durava prima otto giorni, ora tre soltanto. Ebbe quattro gravidanze ed un aborto: e di malattie rilevanti, tranne un benigno vaiuolo a 9 anni, non aveva avuto a soffrirne altra che una grave peritonite puerperale a 25 anni, per la quale le erano stati praticati 8 salassi. La guarigione, a suo dire, ne era stata perfetta e in termine di tempo non lungo: poteva ancora ingravidare e partorire felicemente due anni dopo. Ora da circa un mese per effetto di dispiaceri e patemi d'animo soffriva di malessere e disturbi nelle funzioni digerenti, inappetenza, svogliatezza, nausee: il 2 aprile lavorò ancora tutto il giorno, poi di mala voglia nella sera fece un pasto, anche più del bisogno

copioso: alle ore 11 non tardarono a sorprenderla vomiti e dolori di ventre acutissimi, specialmente al destro ipocondrio ed all'epigastro. Il 3 prese olio di ricino; il 4 magnesia calcinata: n'ebbe copiose scariche, si migliorò, ma non guarì e pensò di riparare all'ospedale.

Alla prima visita si trovò uno stato generale febbrile rappresentato da 90 polsazioni e 38 g. di temperatura ascellare, la pelle era però madida di sudore: i movimenti del cuore accelerati, i suoni cardiaci con timbro metallico, normale la funzione del respiro, malgrado una ottusità piuttosto marcata alla base del torace destro: dolore superficiale, acuto e pungente all'ipocondrio destro, esteso sino alla regione epicolica corrispondente, ventre teso e tutto un po'dolente alla pressione, anoressia, alvo chiuso; orine normali: nulla di notevole nei centri nervosi. Si portò diagnosi di epatite sierosa con irritazione gastro-intestinale. — Si formolava fausto pronostico e si prescriveva rigorosa l'astinenza da ogni cibo -- un decotto di tamarindo con sciroppo di fiori di pesco e sul luogo dolente cataplasmi emollienti irrorati con olio di giusquiamo.

Nel giorno dopo i polsi erano a 87, la temperatura a 36 3|5; e 'l terzo giorno di cura i polsi discendevano a 82, la temperatura a 36; il sudore continuò sempre profuso; cessarono i dolori addominali, ritornò l'appetito, l'alvo si mantenne regolare. Solo dopo altri tre giorni si ebbero ancora doglie intestinali con un po' di tenesmo al retto, ma non fu nulla, bastò un clistere per rimettere l'ordine e 'l 16 aprile, 11 giorni dall'entrata, 14 dall'invasione della malattia, l'ammalata lasciava l'ospedale.

Manifestamente in questo caso dal lento stato catarrale di ventricolo ne veniva la saburra; e la distensione del ventricolo e delle intestina e 'l turgore epa-

tico determinavano leggiera peritonite, o meglio forse, rendevano dolorose antiche aderenze peritoneali lasciate dalla sofferta peritonite puerperale; ciò soventi succede, nè stupisce: esito frequente della peritonite come della pleurite e della pericardite sono le aderenze più o meno fitte, più o meno estese, della pagina parietale colla viscerale, e molte lesioni funzionali ne sono la conseguenza: ricordo ammalati in cui vidi l'intiera forma morbosa dell'occlusione intestinale e che all'autopsia presentarono morbose aderenze peritoneali: in un povero liberato dal carcere che riparava in clinica del prof. Carmagnola mentre io ne era assistente, la forma morbosa era stata quella del volvolo e all'autopsia le tenui intestina, per aderenze peritoneali non recenti ed abbastanza fitte, erano tutte ridotte ad una massa sola per cemento patologico. Questo fatto dimostra come non sempre sia benefica la flogosi che Hunter chiamava *adesiva*; tuttochè anche nel peritoneo essa possa avere utili risultamenti, come abbiamo visto in quell'ammalata di che ho discorso parlando della migliare (pag. 123), e che avendo sofferto di peritonite puerperale, con flemmone e ascesso retroperitoneale, pur tuttavia guariva; e ciò per essersi l'ascesso medesimo svuotato nell'intestino senza effusione nel peritoneo; il che non avrebbe potuto aver luogo senza previe aderenze di questa membrana. Nemmeno le aderenze però in simili casi bastano sempre, come ben serve a dimostrare il seguente fatto di *Enteroperitonite secondaria di flemmone profondo della regione lombare destra*, e che riusciva a funesto esito.

Un giovinetto d'anni 11, apprendizzo falegname, di tempra linfatica, di media costituzione, macilento assai, coricavasi il 27 giugno 1865 al N° 156 della clinica: ne prendeva nota nel diario clinico il dottore Agenore Bergoën. Dal ragazzo e dai parenti suoi si seppe

come sempre fosse stato bene sino al principio del mese di giugno, epoca in cui, senza che per ciò solo interrompesse i suoi lavori, cominciò a risentirsi di un dolore profondo alla regione lombare destra, da principio sordo, quindi mano mano più acuto, con successiva manifestazione febbrile e difficoltà nei movimenti, per cui fu, dopo alcuni giorni, condannato al letto. La febbre parve prendere il tipo di una intermittente quotidiana e l'arte intervenne col chinino, ma senza frutto; si praticarono dopo due salassi generali, e sul luogo dolente quattro mignatte si applicarono senza miglior successo. Il 25 giugno, pregato da benefica e gentil persona, che a quel fanciullo s'interessava per isquisito senso innato di carità, il visitai nel povero suo abituro, e i segni trovai di un leggier tumore profondamente fluttuante alla regione dolente, con rigidezza e forzata flessione della coscia sul tronco. Vista la gravezza del caso lasciai che all'ospedale si portasse.

Alla seconda mia visita, nella sera del 27 giugno, il tumore era notevolmente aumentato di estensione e di altezza: esso appariva profondamente situato nella regione lombare destra, che, 4 o 5 centimetri al dissopra della spina illiaca postero-superiore, restava pertanto sporgente e come gibbosa, senza alcuna modificazione nel colorito dei comuni integumenti: la fluttuazione era assai distinta, quantunque sotto aponeurotica: la pressione era dolorosissima, come dolorosi erano i movimenti del tronco e dell'arto inferiore destro, istintivamente tenuto dal malato in adduzione e flessione forzate. Nessun viscere era compreso da localizzazione patologica: la febbre era però spiegata (108 p. — 30 R. — 38 2|5 t).

Mentre stavo per accingermi alla puntura di questo apostema, nel mattino del 28 giugno non fu poca la

mia sorpresa di trovare quasi scomparso il tumore della regione lombare, e meno dolente, e meno chiaramente fluttuante, e insieme minor grado di temperatura (37 2|5). Questo apparente miglioramento mi fece sospendere ogni atto operativo; ma quello fu però di breve durata e fin dal giorno 29 ricomparve febbre come prima, e 'l ventre si fece tosto teso e dolente, massime alle regioni epicolica ed illiaca destra e comparve meteorismo e profusa diarrea; cui si aggiunsero ben presto edema dello scroto e delle pareti addominali e delle coscie e delle natiche ed effusione peritoneale, riconoscibile così dalla fluttuazione come dalla percussione, che mostrava la massa intestinale raccolta nella zona sopraombellicale: tutti questi segni e sintomi sorsero in pochi giorni e lo stato generale del malato non tardò a deperire prontamente per febbre di suppurazione. Ad ogni modo credetti però conveniente nei primi giorni di luglio di aprire l'ascesso lombare, d'onde ne uscì molto pus; ma le pareti dell'ascesso si trovarono disseccate, sottili, e non tardarono a presentare traccie di mortificazione cui nulla arrestava. L'abbondanza della suppurazione, la diarrea purulenta e colliquativa, la febbre continua esaurirono ben presto le forze del meschinello, che molte non ne aveva; crescendo meteorismo ed ascite si imbarazzò il respiro, restò sonnolento e 'l 30 luglio cessava di vivere.

Alla sezione necroscopica trovossi un'ampia breccia gangrenosa corrispondente alla regione dorso lombare tra le ultime vertebre dorsali e le prime lombari estesa ai due lati della spina vertebrale: essa interessava comuni integumenti, aponeurosi, muscoli; e un ampio seno sul lato destro dell'ultima vertebra dorsale lasciava procidente un'ansa intestinale. Nella grande cavità peritoneale si trovò abbondante quantità di siero purulento. Nelle regioni ipocondriaca, renale ed illiaca destra una peri-

tonite parziale aveva prodotta aderenza della pagina peritoneale parietale colla viscerale; dietro questa aderenza una grande raccolta di pus infiltrata fin verso la fossa illiaca destra corrispondeva ai sottostanti muscoli psoas e quadrato dei lombi ed al rene destro rimasti estranei all'ascesso; così non fu dell'intestino crasso che all'indietro ed in basso, a breve distanza dalla valvola ileocecale presentò due ulcerazioni a tutta sostanza, larghe un centesimo e comunicanti direttamente coll'ascesso medesimo. Degli altri visceri nessuno presentò notevoli lesioni tranne i reni che offersero manifesta infiltrazione adiposa, massime il destro; e il fegato che presentò il colorito variegato della noce moscata e la milza che si trovò piccolissima per non dire atrofica.

Manifestamente questo fatto clinico dimostra che un ascesso retroperitoneale può dar luogo a peritonite secondaria ed a raccolta di pus nel gran sacco peritoneale anche senza aprirsi nel medesimo: il pus dell'ascesso, comecchè abbondante, nella notte dal 27 al 28 giugno filtrava dalla regione lombare verso la regione illiaca, sempre dietro al peritoneo, e rotta la barriera di sottili strati aponeurotici (fascia transversalis) penetrava verso quella parte del cieco intestino che trovasi fuori della cavità peritoneale e aderente al muscolo illiaco con lasso tessuto connettivo: quindi dal di fuori all'indentro determinavasi acuta tiflite ulcerativa, perforante, enterocolite e peritonite e meccanica pressione venosa, per cui si possono spiegare i fenomeni tutti osservati in vita e i risultati necroscopici trovati nel cadavere.

Dolsemi assai che quel ragazzo non sia ricorso prima all'ospedale e che più presto non siasi potuto fare la puntura dell'ascesso: *forse* con questa, fatta assai per tempo, si sarebbe potuto evitare l'*ultimo* esito. Dico *forse*,

avvegnachè ricordi un caso simile di ascesso lombare sinistro osservato nel 1849 in una signora, puerpera, in cui aperto l'ascesso appena che fu distinta la fluttuazione, se ne ebbe sì una lunga suppurazione e colliquativa, ma infine la guarigione. Appositamente notai anche, che solo l'*ultimo* esito si sarebbe potuto cansare; dappoichè nel caso che ora ho citato la pronta apertura dell'ascesso non abbia tuttavia impedito la filtrazione del pus verso l'intestino colon discendente, e l'usura del viscere e la diarrea purulenta, che per marasmo e febbre lenta mise quasi in fin di vita quella giovane signora: essa restava malata, debole, macilentissima per più mesi: e malgrado la chiusura dell'apertura esterna della regione lombare, non rimettevasi in completa salute che a capo di un anno mercè un accuratissimo trattamento, più igienico però che terapeutico.

In questo caso la sinfisi peritoneale riusciva utile, mentre a nulla servivano le aderenze peritoneali nel fanciullo morto in clinica. Singolari fenomeni possono adunque associarsi a questi dementi della sierosa addominale! Nell' autunno 1866 una puerpera moriva nella mia sezione dell'ospedale per le conseguenze di una peritonite la quale aveva lasciata una raccolta umorale limitata al segmento destro della cavità addominale: senza i lumi dell'anamnesi e l'esatta ponderazione di tutti i sintomi e segni obbiettivi si sarebbe detta una raccolta cistica: la sezione cadaverica mostrava una raccolta purulenta nella metà destra del sacco peritoneale tappezzato in tutto questo lato da uno spesso strato di sostanza fibrinosa, la quale verso la linea mediana univa il peritoneo parietale allo intestinale, e così circoscriveva quella vasta collezione di pus che per la sua abbondanza in vita dava manifesti segni di fluttuazione.

Per buona sorte però la peritonite non è sempre così

grave malattia come dal fin qui detto appare: a volte è un fatto morboso doloroso sì ma per nulla pericoloso; tale è quella che succede per cause reumatizzanti, e quella che occorre spesso nelle donne affette da dismenorrea, da mestruazioni scarse, irregolari, difficili ed anche da metrite, come un esempio ne porge il seguente fatto clinico, di cui prese annotazione il dottore Bogliolo.

Una giovane d'anni 16, di mediocre costituzione, di tempra sanguigno-linfatica, precocemente passata a marito, data ad una vita sedentaria ed all'uso anche non sempre moderato di bevande alcooliche, entrava nell'Istituto clinico il 24 febbraio 1865 al num. 351. Essa narrava come da due mesi soltanto fosse mestruata e la seconda mestruazione avesse avuto luogo alla metà di febbraio, mentre da molti mesi era già infetta di sifilide comunicatale dal marito colle forme di scolo e papule mucose. Dietro l'impressione di cause reumatizzanti da 15 giorni soffriva poi di angina con disfagia, raucedine, brividi di freddo, malessere, stanchezza: lo scolo dopo l'ultima mestruazione erasi fatto sanguinolento; e da tre giorni era ancora comparso un acuto dolore alla regione illiaca destra, che esacerbavasi nei movimenti, e le impediva così di stare in piedi come anche di stare seduta. Prese olio di ricino da cui ebbe scariche alvine ma senza miglioramento; in tale stato riparò all'ospedale.

Eravi un leggier grado di febbre: nelle prime vie respiratorie leggier catarro, coriza, angina, nessun disturbo materiale dei polmoni, inspirazioni però incomplete e limitate per il dolore addominale: leggier grado di catarro gastro-intestinale, ventre sciolto; pareti addominali non tese ma superficialmente dolenti specialmente alla regione illiaca destra, dove la pressione e la stessa palpazione sono meno tollerate: per esse alla regione dell'ovaio si sente un piccolo tumore globoso: continua lo

scolo leucorroico misto con sangue: l'esplorazione digitale e collo speculum non mostrò modificati, nè il volume, nè la consistenza, nè la sede, nè la temperatura dell'utero, ma solo poche granulazioni alla mucosa del collo ed alla stessa vagina, che in tutta la sua estensione si mostra tumida, rossa, leggermente infiammata: alle grandi labbra poche pustole piane. Fu diagnosticato un catarro delle mucose delle vie aeree e digerenti, con *leggiera peritonite* e mucosite utero-vaginale.

La cura fu semplicissima — riposo — dieta rigorosa — cataplasmi emollienti e sedativi — bevande temperanti — latte di mandorle — decotto di tamarindo — clisteri: in otto giorni l'ammalata era guarita: dopo dodici giorni di permanenza nell'ospedale persistendo solo lo scolo leucorroico, liberata anche dalle pustole piane con semplici lavacri emollienti, volle lasciare l'ospedale.

Di casi simili se ne trovano frequentemente in pratica; essi costituiscono per fermo i più leggeri gradi di peritonite; avviene però nelle donne di più squisito sentire che il dolore può essere acutissimo ed imponente: il che non indica pur tuttavia gravezza di morbo. All'acutezza del dolore soccorre molto bene la morfina a piccole dosi, ed il calomelano unito all'oppio, e la pomata di belladonna: il posso affermare dietro alcune osservazioni tolte dalla mia pratica particolare: e il noto in questo rendiconto per l'istruzione dei miei alunni avvegnachè in queste peritoniti dolorose assai, senza essere gravi, io abbia visto a volte fare spreco di salassi e di mignatte senzachè fossero necessari nè questi, nè quelli!

Mentre abbiamo una varietà di peritonite acuta, dolorosa, superficiale, fugace, facilmente curabile e di sicura guarigione, ne abbiamo un'altra qualità di natura

lenta, cronica, soventi poco dolorosa, ma profonda, tenace, di difficile cura, di problematica guarigione; questa è la peritonite tubercolosa, la quale per la frequente sua sede di predilezione sulle ghiandole mesenteriche, e sulle ripiegature peritoneali che le avvolgono è anche conosciuta col nome di mesenterite, di adenomesenterite, di peritonite mesenterica (1). Essa può essere primaria o secondaria della tubercolosi polmonare: un esempio di questa peritonite tubercolare secondaria ci venne presentato da una giovane sarta d'anni 16, il memoriale clinico della quale fu scritto dal dott. Bergoën Agenore.

Essa entrava nell'Instituto il 12 dicembre 1864 al num. 356: gracile, linfatica, macilentissima, cloroanemica, narrava di non essere stata ammalata prima di 11 anni. In quest'età sofferse d'un artrocace alla regione scapolo-omerale destra con ascessi lenti periarticolari, i quali lasciarono manifeste cicatrici infossate, aderenti, irregolari alla regione del gran muscolo pettorale destro; i movimenti della giuntura restarono limitati e circoscritti per anchilosi e imbrigliamenti muscolari. La mestruazione comparve regolare a 14 anni e durò fino a 15; ma da poi fu soventi interrotta, irregolare, per insorta febbre lenta, tosse e dispnea; che, sotto l'influenza di diversi medicamenti presi, subirono delle alternative di meglio e di peggio, ma più non cessarono affatto, accompagnandosi con dispepsia, anoressia, nausea, dolori di ventre, frequente diarrea; per cui la macilenza, il deperimento, la tinta cloroanemica, erano facili a spiegarsi.

(1) Un esempio di peritonite tubercolosa venne riferito in questo rendiconto a pag. 247 e 248 là dove vennero notate granulazioni tubercolari trovate nel peritoneo di un facchino morto di lenta bronchio-polmonite con nefrite albuminosa.

Nessun nuovo fatto morboso, ma un aggravamento delle lunghe ed oramai abituali sue sofferenze la portava all'ospedale.

Alla prima visita si trovò uno stato di febbre dichiarata: temperatura + 38 — 112 polsazioni — 30 respirazioni: la funzione del polmone era imperfetta; limitate e circoscritte le inspirazioni, prolungata l'espirazione con marcato soffio bronchiale; difetto di rumor vescicolare e ottusità alla sommità dei due lati e massime a sinistra: nessun rantolo sensibile nè umido, nè secco: marcatissime le fosse sopra e sotto claveari, sotto e sopra spinose, con pochissima mobilità di queste parti del torace nella rivoluzione respiratoria. I polsi non solo frequenti, ma molli, cedevoli, uoti: i moti del cuore accelerati con timbro metallico chiaro. Inappetenza, tendenza al vomito, diarrea, ventre tumido, globoso all'ipogastro, dolente, con tumori ghiandolari al mesenterio, sensibili al tatto; orine scarse e rosse, mestruazione in corso, sudore notturno. Si diagnosticò *una febbre lenta consuntiva con tubercolosi polmonare ed entero-mesenterica.*

La febbre continuò col carattere di una quotidiana vespertina per cui si prescrisse qualche dose di chinino, ma senza pro. Contro la tubercolosi si volle tentare l'ipofosfito di calce e soda alla dose giornaliera di 0,40 grammi di ciascheduno, ma non se ne ebbe ombra di vantaggio. Migliorata la diarrea col regime dietetico e coi mezzi comuni si ricorse all'olio di fegato di merluzzo ed al regime latteo: la tosse fu sedata col giusquiamo, la febbre alquanto moderata coll'amigdalina e colle bevande cianogenate: ma ciò non impedì i naturali progressi della tubercolosi polmonare; l'espettorazione dapprima sierosa si fece muco-purulenta con isputi *nummati*, e alla fossa sopra spinosa sinistra non tardò a rendersi

sensibile un rantolo di gorgolio, che fu constatato con adatta esplorazione il 26 gennaio.

Ad un tempo la febbre vespertina si fece anche più molesta ed insistente con abbondantissimo sudore notturno e straordinaria frequenza così di polso (130) come di respiro (45). Questi sintomi ebbero qualche miglioramento colla codeina e colla gelatina di lichen islandico. Il 3 marzo erano di molto ridotti e 'l sudore notturno e la diarrea: la pettoriloquia, il suono anforico, il rantolo di gorgolio mostravano assai più estesa di prima la caverna alla sommità del polmone sinistro; in alcune parti dell'organo respiratorio vi era difetto di rumore vescicolare, in altre respirazione puerile, e ad un tempo rantoli disseminati a grosse bolle lungo il corso delle diramazioni bronchiali. Il ventre fu sempre tumido, dolente, massime dopo il pasto; lente e laboriose le digestioni, molto estesa l'area epatica e malgrado l'uso di buone carni arrostite, di uova, di latte, di olio di fegato di merluzzo, di gelatina di lichene, la meschinella era sempre molto male in nutrizione: l'otto di marzo il suo peso netto non era che di 31 chilogramma e 2 ettogrammi. Da poi non migliorò gran cosa e la diarrea e la tensione dolorosa del ventre e 'l tumore delle ghiandole mesenteriche, e la caverna polmonare, e la febbre lenta e il sudore notturno continuarono con poche varianti: pur tuttavia la stagione primaverile e la speranza di trovar vantaggio dalla vita campestre le rialzarono a segno il morale, che cominciò ad alzarsi dal letto, prese con maggior compiacenza li suoi cibi, e fiduciosa nel suo avvenire volle lasciare l'ospedale dopo una permanenza di 128 giorni.

Non ne ebbi altra notizia, ma non credo la si sia potuta migliorare come dessa sperava.

In cotali contingenze patologiche una dilazione è tutto che si può ottenere dalla medicina e dall'igiene.

Se l'ammalata non usciva dalla clinica guarita, gli è un gran che però, se la non accresceva la nostra mortalità: ed io porto convinzione che senza la lunga cura conservatrice o riparatrice che si voglia dire, fattale per oltre quattro mesi, non avrebbe potuto più mai rigodere anche per poco l'aria libera della campagna.

Una cosa parmi notevole nella fattispecie, ed è, che mentre la tubercolosi polmonare fece i suoi progressi sotto gli occhi nostri e dal periodo di semplici depositi neoplastici, o tubercoli crudi, arrivò al periodo di fusione e di larga escavazione polmonare; la tubercolosi mesenterica restò stazionaria e quasi non dava maggiori segni di sua esistenza in aprile che essa ne desse in dicembre. La cosa arriva pressochè sempre così, nè stupisce, avvegnachè l'arte e coi mezzi igienici e coi terapeutici abbia maggior presa sugli organi addominali che non sui toracici, i quali anche quando ammalano più tardi, corrono assai più rapidamente agli esiti patologici e assai più prossimamente minacciano la vita, vuoi per la lesione attinente al processo patologico locale, vuoi specialmente per gli effetti generali. Nel caso concreto manifestamente il corso e le alternative della febbre etica tennero rapporto colla tubercolosi polmonare e non colla tubercolosi entero-peritoneale e mesenterica, da cui per vero cachessia leucocitemica piuttosto, che non forma di febbre consuntiva vediamo sorgere. Lo stato di cachessia o di oligoemia, sia per leucocitia, per anemia, o idroemia vediamo spesso dipendere dalle malattie ghiandolari: un esempio ne porgono anche le malattie dei reni.

§ VI.

Malattie dell'apparato uro-poietico.

L'importanza fisiologica dei reni fa sì che i medesimi frequentemente ammalano se non in modo primario almeno in modo secondario: disordini funzionali dei reni accompagnano tutte le malattie febbrili e molte organopatie, quelle particolarmente che disturbano le azioni circolatorie. Dall'iperemia renale, sorga essa in via idraulica pura come nelle febbri occorre o in via meccanico-idraulica, come succede nelle cardiopatie organiche e nelle pneumopatie, per poco che si prolunghi, e massime poi quando dà luogo a modificazioni negli atti nutritivi della sostanza corticale dei reni, e dei tubuli oriniferi, e dello strato epiteliale che li tapezza, vediamo sorgere un fenomeno morboso soventi gravissimo, l'albuminuria: che, impoverendo il sangue di un principio immediato che gli è essenzialissimo, l'albumina; rendendolo perciò più ricco di acqua, e lasciandogli ancora, ne' periodi più inoltrati della lesione renale, molta di quell'urea che la ghiandola orinaria, il filtro renale deve continuamente sottrargli, per l'equilibrio funzionale dei processi trofici; diventa alla sua volta causa di molte forme morbose attinenti all'idroemia ed all'uroemia, ultimo anello di una lunga catena morbosa per la quale vediamo terminare miseramente la loro esistenza malati di cachessia febbrile, di lente pneumopatie, di organiche cardiopatie, di scarlatina e via dicendo.

Discorrendo delle malattie degli organi del respiro ho già riportati due fatti clinici (pag. 242), dei quali uno corredato dai risultamenti necroscopici, i quali dimo-

strano la verità delle proposizioni ora formolate: in entrambi quei casi la nefrite albuminosa era secondaria di lente affezioni bronchio-polmonari. Anche nel capitolo in che discorsi delle malattie organiche di cuore e massime di quelle che si associano ad anasarca ebbi a notare il fatto dell'albuminuria che può essere temporanea (V. l'osservazione narrata a pag. 209) e non raramente si fa poi permanente. Esporrò ora un esempio di nefrite albuminosa associata a cirrosi epatica, complicanza che ricordo di avere osservata in non pochi casi e al letto degli ammalati e sulla tavola necroscopica.

Una lavandaia d'anni 30, nubile, di tempra bilioso-linfatica, di mediocre costituzione, domiciliata da lunghi anni in Torino, ma nativa di paese dove regnano le febbri periodiche, entrava all'ospedale il 4 aprile 1865 al N° 353 dell'Istituto clinico: ne prendeva notizia il dott. Francesco Picca.

Essa narrava di avere sofferto da bambina frequenti croste al capo e di vaiuolo benigno; quindi dai 10 ai 20 anni fu sempre malaticcia, soventi febbricitante, amenorroica, clorotica. La mestruazione non le comparve se non a 21 anno: stette bene sino a 22: la mancanza della emorragia mensile le cagionò, a suo dire, una forte congestione di sangue al capo per cui fu salassata ben sette volte. Con ciò guariva, ma solo dopo un anno ricompariva la mestruazione, che durò poi sempre regolare dai 23 sino ai 29 anni, epoca della sua vita in che godette migliore salute. Nell'agosto 1864 sofferse di risipola alla faccia che dopo 5 giorni passò al collo, si fece flemmonosa, passò a suppurazione, lasciando ivi alcune cicatrici aderenti tuttora visibili. Dopo questa malattia che fu grave e lunga ed esauriva per suppurazione le già deboli forze dell'ammalata, essa non riprese più mai salute perfetta: continuò la debolezza con macilenza per

anoressia e dispepsia ; si fece tumido il ventre; si gonfiarono per edema le estremità inferiori , nè più comparve benefizio lunare: fece alcuni rimedii empirici , prese bagni a vapore da cui parve avere qualche sollievo, ma infine vistasi piuttosto aggravata che migliorata pensò di ricorrere all'Instituto clinico.

Al primo esame obbiettivo presentò nell'abito esterno una macilenza molto marcata con edema esteso alle estremità inferiori, alle natiche, sulle pareti addominali; fu rimarcata l'assenza completa dei peli che alla regione pubica erano rappresentati appena da finissima lanugine , cosa naturalmente insolita in quell'età, e che poteva stare in rapporto colla debolezza costituzionale sofferta all'età pubere. Il volume del ventre, che alla regione ombellicale misurava una circonferenza di 104 centimetri, attirò tosto la nostra attenzione : la marcatissima fluttuazione indicò di che si trattasse : e l'area epatica più del naturale ristretta, con aia splenica oltre il normale accresciuta ; la diarrea e qualche tumore emorroidale turgido e livido, mostravano come l'ascite traesse origine da grave lesione nel circolo della vena porta. Fu diagnosticata *cirrosi epatica*, tuttochè, cosa insolita , i sintomi o segni di catarro gastrico fossero assai pochi e l'appetito si conservasse, anzi fame vi fosse, quasi bulimia. Nulla di rimarchevole presentavano i centri nervosi e l'apparato della locomozione, tranne crampi passeggieri alle estremità. La respirazione era affannosa, le respirazioni incomplete, la percussione notava ottusità alla base de' due polmoni e l'ascoltazione rantoli sottocrepitanti, mucosi, disseminati.

Nulla v'era di patologico al cuore, i polsi a 70, piccoli, stretti , rapidi. Il termometro segnava + 37. Le orine scarse, molto pigmentate, poco dense, con deposito mucoso, trattate coll'acido nitrico e col fuoco presentavansi assai albuminose : molte cellule epiteliali infiltrate di

grasso e parecchi tubetti di fibrina osservati nell'orina messa sotto il microscopio, indicarono la complicanza di *nefrite*. Tanto l'edema come l'ascite crebbero rapidamente. L'8 aprile la circonferenza della regione addominale all'altezza del bellico era di 112 centimetri: fu operata la paracentesi, ma per uno di quegli accidenti che in codesta operazione a volte arrivano, il liquido che pur era limpidissimo siero non si potè estrarre che in parte e la circonferenza addominale diminuì soltanto di 9 centim. Però coll'uso dell'ossimiele di colchico s'aumentarono le orine e si fecero più limpide, tuttochè sempre albuminose e con sedimento mucoso; l' edema di molto scemò. Continuò la diarrea con frequenti premiti e tenesmo cui non valsero a sedare nè 'l decotto di tamarindo con laudano, nè i clisteri di decotto di riso con teste di papavero. La puntura della paracentesi dopo cinque giorni non era ancora cicatrizzata e mentre crebbe di nuovo la raccolta peritoneale, dalla ferita delle pareti addominali il 13 aprile cominciò ad uscire ancora siero, simile a quello che coll'operazione si era estratto. Insieme colla continuazione di un'abbondante diarrea, il ventre prima indolente si fece teso e dolente assai e un eritema comparve sul lato destro dell'addome, che non tardò a cangiarsi in vera risipola: e intanto un forte dolore manifestossi alla regione lombare e brividi di freddo e cianosi di labbra e ambascia e piccolezza di polsi, e abbassamento di temperatura che scese a 36 e sino a 35 2|5 alla regione ascellare, con freddo marmoreo alle estremità, e diarrea sempre abbondantissima. Sospettai di una perniciosa colerica e amministrai prontamente persolfato di chinino a dose generosa, per bocca e per clisteri, mentre ricorsi ad un artificiale riscaldamento della superficie del corpo; tutto fu inutile; la vita esaurivasi rapidamente, e la morte arrivava all'1,45 pomeridiane del 19 aprile.

Duolmi non potere riportare i risultamenti cadaverici di questo importantissimo fatto clinico: per non so quale accidente il protocollo su cui furono scritti venne smarrito ed anzichè avventurarmi a notare quello che la memoria mi ricorda, e che potrebbe essere meno esatto, amo meglio tacermi: avrei potuto tralasciare anche di riferire la storia clinica postochè senza il complemento anatomo-patologico rimane sterile e monca, pure volli narrarla per ciò che si riferisce ad un processo morboso non tanto frequente tra noi come è in nordiche regioni; voglio dire la malattia del Bright; la quale per vero tanto in questo come nell'altro mio rendiconto figura per pochi casi. Non voglio tacere poi delle professioni dei tre malati di albuminuria curati in clinica (un illuminatore della città — un facchino — una lavandaia), esposti tutti alle cause reumatizzanti; e dei profluvii bronchiali e del catarro intestinale che più o meno intensi si osservano in tutti gli albuminurici e che paiono essere altrettante secrezioni vicarie della modificata secrezione renale. Ricordo di una donna morta nella mia sezione dell'ospedale per albuminuria organica: essa durava in vita per molti mesi e con poca manifestazione di idropisie vuoi sottocutanee vuoi sierose viscerali: ciò per una abbondante e continua diarrea, cui nulla valse ad arrestare: la mucosa intestinale si era incaricata manifestamente di eliminare quei prodotti delle metamorfosi regressive, e l'urea in ispecie che dai reni più non era evacuata: e, notisi, mentre all'autopsia i reni presentavano avanzatissima degenerazione lardacea, la mucosa intestinale era pallida ed anemica senza traccia di esulcerazione intestinale. In molti casi patologici i reni fanno funzione supplementaria ed hanno una vera azione vicaria: egli è giusto che quando cadono ammalati altri organi secretori ne facciano le veci! La legge dei compensi è legge

di equilibrio così in fisiologia come in patologia. Peccato che questo compenso e questo equilibrio non sieno conciliabili colla vita oltre certi limiti, che sono abbastanza ristretti e finiti! Così vuole natura! La parola non è guari di moda più! la mi si passi tuttavia questa formola, che sinteticamente tutto dice, altrimenti sarei costretto perdermi in un dedalo di riflessioni e calcoli fisio-patologici che troppo mi allontanerebbero dal campo clinico nel quale mi son prefisso restringere il mio dire.

Egli è per esser fedele al mio programma, che lasciando in disparte la dottrina pura, mi tengo ai fatti e passo a riferirne uno abbastanza singolare, che non saprei chiamare con nome più proprio che quello di *pionefrosi*.

Era un giovane falegname d'anni 23, di tempra linfatico-biliosa, di media costituzione, con abito di corpo piuttosto macilento, dato ad una vita poco faticosa e con un regime di vitto abbastanza regolare, se pur si eccetua qualche abuso di liquori. Egli entrava nell'Instituto clinico il giorno 11 dicembre 1864: ne scriveva il memoriale clinico il dottor Prades.

Dalla anamnesi remota non risultò di alcuna grave precedenza morbosa: sofferse il morbillo a 10 anni e dappoi un'adenite flemmonosa all'ascella sinistra, per cui gli furon fatti cinque salassi: sofferse e soffriva ancora di abituali epistassi, le quali, tuttochè mai sieno state proprio abbondantissime, tuttavia potevano spiegare la tinta pallida e la floscezza delle carni di quest'ammalato. Ora da lungo tempo si lagnava di un dolore gravativo alla regione epicolica sinistra, estendentesi soventi sin verso la regione splenica, dove si trovarono le cicatrici di morsicature di sanguette state già infruttuosamente applicate *loco dolenti*. L'esame obbiettivo non rivelò alcun dissesto funzionale, nè alcuna evidente organopatia, tranne un tumore, grosso come una voluminosa mela, arrotondato,

liscio, immobile, poco dolente *ad sensum* e *ad tactum*, profondamente situato nella regione epicolica sinistra, oscuramente fluttuante alla palpazione, muto affatto alla percussione. Le funzioni del tubo gastro-intestinale normali, l'alvo però un po' irregolare: le orine frequenti, limpide, abbondanti, colla densità normale, non albuminose, non sanguigne, poco pigmentate. L'area splenica normale e divisa dal tumore da una sonoreità intestinale marcata. Regolari la respirazione e la circolazione, fisiologica la temperatura. Notevole però un po' di deperimento costituzionale, sull'origine precisa del quale, come sul primo manifestarsi del dolore e del tumore, lo ammalato non seppe darci precisi ragguagli.

Quale era l'indole, quale la sede precisa di questo tumore? Procedendo per via di esclusione, appoggiato alla nessuna precedenza di febbri periodiche, all'aia splenica normale, alla separazione del tumore dall'area medesima mediante un tratto in cui v'era sonoreità intestinale, esclusi prima di tutto una splenopatia, come l'applicazione delle mignatte alla regione splenica e il dolore a questa regione sentito potevano lasciare credere. Per ovvie ragioni esclusi anche la presenza di sibale o di altro fatto morboso intestinale. La regione occupata dal tumore e la sua immobilità escludevano, fino ad un certo punto, che egli fosse attinente a qualche ganglio linfatico: e l'oscura fluttuazione, senza dolori lancinanti locali, senza febbre, veniva a conferma di questa esclusione. La normalità della funzione secretoria renale portava anche all'esclusione di una nefropatia : però la sede del tumore indicava rapporti del medesimo col rene sinistro. Pensai quindi ad un tumore cistico nato nelle vicinanze del rene o dipendente forse dal rene stesso come nell'*idronefrosi* avviene ; e tanto più facilmente mi acconciai a questa idea per ciò, che, pochi giorni prima in un malato che

in vita nulla presentava di anormale nelle urine, aveva osservato all'autopsia i due reni sanissimi, tuttochè altro di essi fosse occupato da una cisti, del volume di un uovo di gallina, che per la sua curiosità feci vedere alla mia scolaresca. . . . .

Dietro tale diagnostico m'attenni ad una cura aspettante, riapplicando solo alcune mignatte alla regione epicolica sinistra, per calmare il dolore. Il tumore crebbe di volume, o per lo meno, stante l'astinenza e la depressione delle pareti addominali, parve crescere di volume, o per tal modo meglio si circoscrisse, e più distinta si fece la fluttuazione, mentre, senza vera febbre, lo stato generale leggiermente sì, ma tuttavia deperiva: le orine non presentarono mai alcuna anormalità sino al 4 di gennaio 1865. . . . .

Io mi era deciso ad una puntura col trequarti esploratore, quando nel mattino di questo giorno trovai il tumore scomparso affatto e l'ammalato sorridente mi mostrò due pitali pieni d'orina lattiginosa che l'esame microscopico dimostrò ricca di cellule purulente. Queste orine purulente continuarono per alcunigiorni: esse lasciavano abbondante sedimento di vero pus, e la parte più liquida trattata coll'acido nitrico dava un rilevante precipitato albuminoso, ma tanto questo segno come l'aspetto lattiginoso presto cessarono per lasciare luogo a limpide orine e di una densità minima (1007). Nessun'altra funzione si mostrò alterata; dopo la scomparsa dell'urina purulenta l'ammalato presto si rimise in salute ed il giorno 11 febbraio, due mesi dall'entrata, usciva dall'Instituto clinico perfettamente guarito: dolore e tumore scomparvero d'un tratto, ciò non sarebbe potuto avvenire in un ascesso perirenale, che si fosse rotto nelle vie orinarie.

Che cosa fu adunque quell'intumescenza fluttuante riscontrata alla regione epicolica sinistra? Se a priori

giudicai di *idronefrosi* a posteriori dovetti pronunciarmi per una *pionefrosi* ; a mio giudizio fu una pielite suppurata che la produsse ; un ostacolo alla imboccatura dell'uretere, prodotto probabilmente da essudato flogistico (crupale?) impedì il libero scolo dei prodotti morbosi che si raccolsero in un coll'orina nella pelvi, e la dilatarono ad enorme volume : la dilatazione progressiva vinse al fine l'ostacolo e l'orina e 'l pus poterono essere eliminati per le vie naturali con immenso vantaggio del malato. Una rottura della pelvi sicuramente non sarebbe stata innocente, ma nemmeno la puntura esploratrice si sarebbe potuto fare senza inconvenienti. Buon per lui adunque che siasi temporeggiato. Resterebbe a spiegarsi come le orine sieno sempre state abbondanti e naturali malgrado che la secrezione fosse per avventura diminuita e la funzione di escrezione affatto impedita al rene sinistro: credo ciò si spieghi per l'azione fisiologica supplementaria del rene destro : la funzione vicaria non manca di manifestarsi mai tra questi organi omologhi ; se la vicarietà dura, l'ipertrofia dall'uno può benissimo supplire all'atrofia dell'altro: ciò vidi nell'autopsia di un adulto morto di cachessia paludosa con idronefrosi nella clinica del prof. Carmagnola ; in questo caso l'uretere era stato ostruttò da un calcolo : la pelvi s'era cangiata in cisti ; questa, piena di liquido sieroso che alla sezione cadaverica non presentava più alcuna apparenza orinosa, aveva, per la continuata pressione, atrofizzata intieramente la ghiandola renale.

Nel caso del mio giovane falegname la pressione sopportata dal rene sinistro fu temporanea e quindi non l'atrofia, ma la sola temporanea sospensione di funzione secretoria ne fu l'effetto.

Malattie dell'apparato genitale.

Egli è pressochè impossibile discorrere delle malattie dell'apparato escretore delle orine senza comprendere ad un tempo quelle d'una parte dell'apparato generatore, che nel maschio specialmente per un grande tratto s'identifica col primo. In complesso nel decorso dell'anno clinico furono 20 i malati che si presentarono con lesioni patologiche specialmente localizzate sull'apparato uro-genitale; con forte sproporzione però fra i due sessi, essendo stati due soli i maschi, e diciotto le femmine. Non ultimo vantaggio dell'ordinamento dell'Instituto clinico fu quello di avere uno scompartimento con opportuna seggiola di esplorazione per lo studio delle malattie proprie del sesso femmineo! Non dirò nulla delle opposizioni incontrate per questa innovazione: oramai i meno veggenti credo si saranno convinti che lo studio delle malattie degli organi genitali anche femminili, non è una *immoralità* (!!): postochè questi organi ammalano, vogliono essere osservati dagli studiosi che si dedicano all'arte del guarire; postochè le malattie uterine e vaginali e vulvari non sempre sono sifilitiche, e non si osservano esclusivamente in gravide e puerpere, ragion vuole che si accolgano nelle cliniche generali, dove tutte le malattie hanno ragione di essere senza che perciò si violino i confini delle cliniche speciali. I fatti che son per narrare serviranno a dimostrare quanto al vero io mi apponga.

Dei due casi di malattia degli organi genitali maschili l'uno presentò un esempio rimarchevole di orchi-epididimite semplice, l'altro fu un fatto di artritide blenorragica con ostacoli uretrali: e l'uno e l'altro non saranno letti senza interesse e pratico e scientifico.

L'orchi-epididimite fu osservata in un verniciatore di anni 27, ammogliato, di tempra biliosa, di buona costituzione fisica, macilento però, molto salace e dato a qualche abuso di alcoolici. Dalla storia anamnestica fisio-patologica remota, raccolta dal dott. Giuseppe Aimone, non risultò di alcuna precedenza morbosa rilevante, tranne un'orchi-epididimite destra sofferta a 24 anni, in seguito a disordini dietetici e abuso di venere, dal quale, al dire del malato, non sarebbe sorta però uretrite blenorragica. Quella malattia del testicolo, caratterizzata da dolore e tumore, guariva a capo di un mese col benefizio di alcuni cataplasmi emollienti, ed una pomata risolvente.

Quando entrò all'ospedale (1° giugno 1865) da un mese soffriva di bel nuovo di tumore e dolore al testicolo destro con dolori acuti estesi anche all'ipogastro ed alla regione illiaca destra. La causa era stata quella stessa dell'altra volta ; abuso cioè di venere e di liquori alcoolici ; e come la prima volta non sarebbe comparso scolo uretrale ; ma inutili furono i mezzi di cura tentati, i cataplasmi emollienti prima, poi 12 mignatte applicate sul testicolo, infine anche i bagni freddi saturnini ; che furono adoperati però senza il riposo e la posizione orizzontale che tanto contribuiscono all'esito di questa cura sì e come ho soventi sperimentato e come dimostrarono con fatti clinici anche i dottori Fubini e Ottolenghi in ispeciali scritture per essi pubblicate (1).

Alla prima visita null'altro trovai di rimarchevole in quest'ammalato tranne un tumore doloroso al testicolo destro, di volume doppio del sinistro e assai più di

(1) V. *Gazzetta medica di Torino* — anno XVII, n° 31, 10 agosto 1866 e *Gazzetta delle cliniche di Torino* — anno 12, n° 7, 12 febbraio 1867.

questo pesante, con induramento tanto dell'epididimo come di tutto il cordone spermatico. Nessun'altra funzione era lesa, quella eccettuata del retto intestino per coprostasi. Nulla indicando un testicolo sifilitico, meno ancora uno scirro di testicolo, feci favorevole pronostico e prescrissi esternamente una pomata risolvente di unguento napoletano e cicuta, internamente pillole num. 20 composte di un gramma di estratto alcoolico di cicuta e 0,20 di calomelano preparato a vapore, da prendersene tre al giorno.

Bastarono questi rimedi per eccitare un po' di stomatite mercuriale, alla quale, senza interrompere l'uso dei mercuriali, si pose presto riparo coll'uso interno del clorato di potassa alla dose di gramme sei al giorno. Noto la dose e l'uso interno perchè troppo spesso vedo erroneamente prescritto questo eccellente modificatore del mercurialismo acuto o in dose troppo piccola, o per solo collutorio. A capo di trentasei giorni il tumore del testicolo era ridotto intieramente a normalità, solo persisteva un lieve induramento dell'epididimo, che non impedì all'ammalato l'uscita e la ripresa dei suoi lavori; forse anche delle sue abitudini, se non si sarà tenuto al consiglio datogli della parca venere e della temperanza!

Se questo fatto è interessante, per ciò che dimostra la possibilità dell'orchi-epididimite semplice e primaria, indipendente cioè da uretrite blenorragica, che così di spesso ne la produce; l'altro che sto per narrare non lo è meno in quanto che si riferisce ad una malattia, l'artritide, che, se può avere rapporti di causalità colla blenorrea uretrale, soventi però dipende da cause ben altre: le quali per essere rigorosamente comuni toglierebbero ogni specificità all'artritide detta virulenta.

Un Ferrarese, bracciante alla ferrovia, d'anni 37, celibe, forte, robusto, di tempra sanguigno-biliosa, esposto per

causa di mestiere a tutte le vicende atmosferiche, entrava in clinica il 29 marzo 1865 al n° 148, letto assegnato al dott. Zanzotti per la redazione del memoriale storico del fatto morboso.

L'ammalato narrava di aver sofferto vaiuolo discreto a 9 anni e da poi ripetutamente le febbri periodiche endemiche nell'agro Ferrarese. A queste ripetute infezioni pare abbia contribuito la mala abitudine contratta di ricorrere in ogni primavera a sottrazioni sanguigne. Quantunque egli non avesse sofferto gravi malattie infiammatorie, contò pur tuttavia 25 salassi !!

È però notevole come alcuni di questi gli fossero stati praticati nel 1848 dopo contratta una gonorrea, in seguito alla quale ebbe a soffrire di orchitide e quindi di artritide lenta alle estremità inferiori, per cui fu obbligato a letto per ben sei mesi ; però guariva, a suo dire, completamente e dell'artritide e della gonorrea.

Ora da 15 giorni era di nuovo stato colpito da dolore e tumefazione alle articolazioni del ginocchio e tibio-astragalee d'ambi i lati, senza alcuno dei sintomi febbrili che accompagnano il reumatismo articolare acuto ; e ad un tempo s'accorse di uno scolo blenorragico leggero, intorno all'origine del quale non seppe dare alcun ragguaglio. I dolori articolari e la tumefazione da principio leggieri crebbero da poi a segno da impedirgli di stare in piedi e di camminare, il perchè ricorse all'ospedale.

Alla prima visita lo si trovò affatto apirettico (temperatura a 37), con leggierissimo scolo blenorragico dall'uretra, leggiera disuria, orine rosse, cariche, mucose, e tumefazione dolorosa delle già nominate giunture : i caratteri obbiettivi delle artropatie rappresentavano una lenta sinovite con idrartrosi. Misurando le due ginocchia si trovarono nelle regioni

soprarotulea	a destra centimetri	34	a sinistra	31 1|2
rotulea mediana	»	»	34	»	33
sotto-rotulea	»	»	31	»	29.

Nelle articolazioni tibio-astragalee il tumore era particolarmente notevole dal lato interno.

Stando in letto i dolori erano pochissimo sentiti: essi si esacerbavano ad ogni movimento per cui venissero a maggior contatto le superficie articolari.

Il canale uretrale nella porzione spungiosa si trovò ristretto a segno da ammettere candelette di due sole linee.

Si diagnosticò un' artritide (sinovite) blenorragica lenta con ostacoli uretrali: si prescrissero cataplasmi emollienti e sedativi, bevande nitrate alla dose di grammi 6 da prima, quindi di grammi 12 al giorno; contro l'ostacolo si adoperò la dilatazione progressiva col mezzo delle candelette piramidali.

Il vantaggio fu pronto: presto cessarono i dolori articolari, e con essi diminuì il tumore: misurando le ginocchia fin dal giorno 3 di aprile, sei giorni dall'entrata, si trovarono nelle regioni

sopra-rotulea	a destra centimetri	33	a sinistra	31
rotulea media	»	»	32	»	32
sotto-rotulea	»	»	29	»	26 1|2

Continuò lo scolo uretrale e le orine tuttochè più abbondanti e meno colorate ebbero sempre a presentare eneorema mucoso e leggiera ipostasi purulenta. Fin dal giorno 5 aprile però l'uretra potè ammettere la candeletta num. 10 e sul finire di aprile si passò colle candelette num. 12, 13 e anche 14. In 25 giorni la dose totale del nitro fu di grammi 150. Nessun disturbo funzionale ci fece avvisati della minima intolleranza e la migliorìa che si ottenne pronta e completa ci dimostrò come appropriata fosse l'indicazione del nitro, che nel-

l'artrite o blenorragica o reumatica io per esperienza ho sempre trovato ottimo rimedio.

Il miglioramento corse così rapido, che il 10 aprile l'ammalato già potè alzarsi dal letto e camminare senza soffrire ombra di dolore, quantunque persistesse un po' di enfiagione, che al giorno 16 soltanto era del tutto scomparsa. Il 26 aprile lasciò l'ospedale. E il 29 tornato alla visita si riconobbe perfettamente libero dall'artrite. Persisteva un po' di scolo, per vincere il quale oltre la continuazione delle candelette uretrali fu prescritta la pozione del Chopart.

Confrontando il risultato ottenuto nella cura di questa artritide con quello avutone in identiche circostanze 17 anni prima, io credo abbiamo ben donde dare la preferenza al nitro sulla lancetta nel trattamento dell'artritide così detta blenorragica. Ma fu poi veramente tale l'indole del processo morboso da meritare questo nome nell'uno e nell'altro attacco? Senza potere escludere affatto il concorso delle cause reumatiche, che per conto mio anche in altri casi di artritide giudicata per me blenorragica ho pur sempre trovato; stando ai fenomeni osservati nel caso concreto: 1° la localizzazione sulle estremità inferiori e particolarmente sulle ginocchia; 2° la forma di sinovite; 3° l'invasione senza brividi di freddo nè altri sintomi di vera reumatizzazione generale; 4° la presenza di uno scolo antico di certo, come li ostacoli uretrali provarono; per me non esitai a formulare, secondo si usa nelle scuole, il diagnostico di un'artritide blenorragica; con tutto ciò non posso dissimularmi che il vantaggio ottenuto dal nitro, che è un antireumatico per eccellenza, potrebbe benissimo essere un argomento in appoggio dell'opinione di coloro che negano l'esistenza di una vera artritide blenorragica ed ammettono una semplice e pura coincidenza; siccome per vero in alcuni

casi ancor io ho creduto di osservare. E l'ottenuta guarigione delle località articolari, persistendo sempre l'uretrite, non proverebbe anche una certa indipendenza di quelle da questa? Confesso che la tanto agitata questione dell'esistenza o meno di un'artritide blenorragica, malgrado i molti fatti che si adducono a prova, dei quali alcuni esempi osservai io pure, come quello ora narrato, tuttavia la mi pare tutt'altro che giudicata, essendo assai difficile lo escludere in tali casi le cause reumatizzanti e potendo tutte le forme di reumatismo articolare acuto o lento o cronico, multiplo o circoscritto, vago o fisso, manifestarsi in individui sani ed in individui affetti da blenorragia; per rispetto a questi sorse la distinzione di una artritide speciale mentre forse non si tratta che di composizione morbosa.

Mentre nell'uomo gran parte delle malattie genitali si localizzano quasi esclusivamente sull'apparato escretore delle orine, nella donna succede per l'incontro, che questo apparato nelle malattie genitali prende una parte molto secondaria, e disordini funzionali semplici, disuria, stranguria, brucior d'orina piuttosto si producono che non una vera organopatia uretro vescicale. Sonvi però eccezioni, ed un esempio n'ebbi in clinica portomi da una donna che mi si presentò affetta da *lenta metrite con antiversione e cronica uro-cistite* con istraordinaria produzione di *catarro vescicale* e successivo *flemmone ed ascesso retro-peritoneale.*

Era una giovane soppressatrice, d'anni 25, di tempra nerveo-biliosa, di mediocre costituzione, anzichè no macilenta, maritata da due anni. Al dottor Martelli che ne tesseva la storia morbosa essa narrava di non aver sofferto alcuna notevole malattia nelle prime età, e di essersi mestruata a 14 anni con emorragia mensile regolare sempre ed abbondante per 7 od 8 giorni. Passata

a marito presto ingravidava e 'l parto al 9° mese avveniva. La gestazione non presentò anormalità alcuna; non così il parto, che fu lungo, doloroso, non favorito dall'arte intelligente, ma vinto con grossolane manovre di poco esperta levatrice. Da poi sofferse sempre di dolore gravativo e a volte anche pungente all'ipogastro, con tenesmo vescicale, disuria e scolo mucoso abbondante dai genitali e abbondante catarro vescicale. Fece qualche cura, le si applicarono perfino mignatte sul collo uterino e non senza qualche sollievo; ma non seguì i consigli igienici convenienti a donna sofferente di metrite: gli amplessi coniugali le fruttarono una seconda gravidanza; questa aggravò i di lei patimenti, e tanto era inopportuna, che, senza il concorso di alcuna causa particolare, al terzo mese terminò con un aborto; dopo continuarono sempre più moleste le sofferenze di utero e di vescica con notevole generale deperimento e per i continui dolori e per l'abbondanza del profluvio catarrale utero-vescicale.

In tale condizione entrava nell'ospedale; all'esame diagnostico non si trovò alcun disordine funzionale, nè ai centri nervosi e loro dipendenze, nè agli organi della respirazione, nè all'apparato della locomozione: i battiti del cuore erano piuttosto forti con toni elevati e timbro metallico: i polsi a 96, la temperatura febbrile a + 39 c. Gli integumenti esterni, pallidi e scolorati per anemia; nulla di rimarchevole nel tubo gastro-enterico tranne alcuni tumori emorroidali al margine dell'ano. La fenomenia morbosa era pressochè tutta localizzata sull'apparato uro-genitale; premendo l'ipogastro, oltrechè la ammalata aveva la sensazione di tenesmo vescicale, e intenso dolore, percepivasi un'intumescenza dura, resistente, globosa, che pareva formata dalla vescica: l'inspezione dei genitali mostrava abbondante scolo mucoso, denso,

caseoso. E mentre le orine erano emesse con difficoltà e bruciore, il meato orinario presentavasi colla membrana mucosa rossa, turgida, coperta di vegetazioni : dolorosissima riuscì l'introduzione del catetere in vescica e per quest'esplorazione la mucosa uretrale dette alcune goccie di sangue: l'orina estratta colla sonda si mostrò spessa, lattiginosa, catarrale, ricca di muco-pus, con reazione acida. Il riscontro digitale riuscì poco doloroso ; il dito trovò l'utero caldo; tumido il collo e rivolto all'indietro: duro e voluminoso il corpo rivolto in avanti : l'introduzione dello speculum fu abbastanza dolorosa : il collo dell'utero e l'apertura del muso di tinca si presentarono rossi, turgidi, con uno scolo mucoso densissimo. La flogosi aveva quindi da tempo invaso l'utero, la vescica e l'uretra, lasciando esiti di induramento uterino, di ipertrofia vescicale, di fungosità uretrali ; il tutto coll'aggiunta di un doppio catarro uterino e vescicale, conseguenza probabile ed ultima di una sofferta contusione per incuneamento del capo del feto nel distretto del bacino; fu questa la ragion causale con che cercai di spiegarmi la lunghezza e la difficoltà dell'avvenuto parto, laborioso e anche in parte manuale.

La lunga durata della malattia , il poco vantaggio ottenuto dalle cure fatte , la complicanza di doppia malattia uterina e vescicale, la causa traumatica che l'aveva prodotta , il deperimento costituzionale lasciavano luogo a pronostico più che riservato.

La cura fu incominciata coll'assoluto riposo in posizione orizzontale ; con bevande temperanti , siero di latte, tamarindo, ecc., coi clisteri emollienti, coi cataplasmi all'ipogastro, con lavature mollitive, con bagni generali e coi semicupi : con questo trattamento cessò la febbre, la temperatura si ridusse a 37, i polsi a 75: però poco modificavansi le località genito-urinarie. Con-

tro l'induramento del corpo dell'utero prescrissi da poi pillole di calomelano e cicuta: per il catarro uterino si fecero alcune cauterizzazioni al collo dell'utero: il catarro vescicale si tentò di vincere col decotto di uva ursina prima, poi coll'olio essenziale di tormentina e in fine anche colle lavature della vescica: il tutto con poco vantaggio: parve diminuire il catarro, ma a vero dire non furono che alternative di più e di meno: la disuria, la stranguria con bruciore al meato orinario e uretrorragia soventi si riprodussero con maggiore intensità dopo di essersi temporaneamente sedati con l'uso di temperanti e torpenti; l'alvo si osservò ora stitico, ora diarroico: il calomelano, tuttochè dato alla dose di pochi centigrammi al giorno, produsse salivazione e stomatite per cui si dovette ricorrere al clorato di potassa. Nessun altro fenomeno morboso occorse che meriti di essere cennato: a volte si trovò un po' di febbre (polsi a 100, temperatura + 38), ma passeggiera, come in tutte le lente e croniche malattie si osserva soventi. Solo sul finire di giugno (26), un mese cioè dall'entrata, l'esplorazione fece conoscere meno tumido l'utero, meno abbondante lo scolo leucorroico, più normale la posizione della matrice; ad un tempo però oltre il sopranotato tumore dell'ipogastro si ebbe ancora la sensazione di un tumore corrispondente alla parte più alta del tramezzo vescico-vaginale, prima non sentito; il che lasciò credere ad una neo-formazione complicante e il catarro vescicale e gli altri disordini funzionali dell'urocisti tuttora perduranti: ad un tempo comparvero dolori all'ipogastro, con risentimento doloroso alle regioni dorso-intercostali e lombari, che parvero in rapporto colla ricorrente epoca mensile senza comparsa di benefizio emorragico menstruale. Trascorse così anche il mese di luglio senza notevoli cambiamenti; sul finire però di questo

mese si riscontrò l'utero meno tumido e 'l catarro uterino era cessato affatto, diminuito quello della vescica sotto l'uso continuato delle lavature vescicali e della terebintina unita alla magnesia. Tale miglioramento continuò nella prima metà di agosto, ma persistendo con qualche lieve aumento il dolore ed il tumore all'ipogastro, ed il tumore anche al setto vagino-vescicale, credetti utile prima un sanguisugio ai vasi inguino-crurali per sostituire la mancante mestruazione (11 agosto): poi un cauterio all'ipogastro che fu applicato il 18 agosto. L'escara si distaccava il 29. Le condizioni generali dell'ammalata si erano alquanto migliorate; vinto il catarro uterino, moderato il catarro vescicale, i tumori suddetti persistevano sì, ma con aumento progressivo assai lento e senza concomitanza morbosa generale. In tale condizione essa usciva dall'instituto clinico chiusosi per le vacanze autunnali.

Seppi da poi che il tumore ipogastrico crebbe, e un ascesso aprivasi in fine ad una delle regioni inguinali, che dava molta suppurazione e lunga, ma con successiva completa guarigione e perfetto ristabilimento della ammalata, la quale a capo di alcuni mesi fu vista florida e sana come se mai fosse stata malata.

Manifestamente adunque alla metro-cistite teneva dietro un lento flemmone estraperitoneale nella più bassa parte della ripiegatura o falda utero-vescicale: corrispondente inferiormente col setto vagino-vescicale: è singolare come la flogosi dalla vescica e dall'utero così tardi, dopo oltre un anno, siasi diffusa al tessuto connettivo circostante; ma non istupisce che dopo essersi infiammato il tessuto medesimo siasi poi formato del pus, il quale non trovando altra via di uscita per la fascia *transversalis*, arrivò alla perfine a farsi spontaneamente strada verso la regione inguinale. Quello che è notevole gli è, che ivi, dopo così lunga malattia siasi poi esaurito il

processo morboso e siasi risolta l'urocistite per il fatto dell'ascesso formatosi all'infuori della vescica; mentre rompendosi in essa e nella vagina avrebbe benissimo potuto ordire una di quelle fistole vescico-vaginali che dietro parti laboriosi e incuneamento del vertice così spesso si osservano.

Il fatto mi parve così interessante, che quantunque con rincrescimento io non l'abbia potuto osservare nelle ultime sue fasi, e non possa dare minuti ragguagli intorno allo stato preciso di quella donna al giorno d'oggi, tuttavia ho creduto opportuno di qui riferirlo ad istruzione ed incoraggiamento degli esercenti la medicina pratica, che tanto spesso hanno a lottare contro le difficoltà curative delle malattie croniche; per me quel fatto, insieme ad altri molti, mi dimostrò la convenienza che si ha di tenere aperto l'instituto clinico anche nella stagione autunnale, se non fosse per altro, per potere seguire coll'osservazione l'andamento di alcune malattie, il cui studio si deve altrimenti con danno della scienza anzi tempo soventi interrompere! E questo non è l'unico degli inconvenienti attinenti all'ordinamento che regge l'instituto clinico (1)! Ma di ciò *non est hic locus*, ritorniamo alle malate nostre!

Varie furono le forme morbose osservate negli organi genitali femminei e mentre mi faccio carico di riferirne le principali, le più gravi, le più curiose, non posso tacere di uno stato fisiologico dei genitali femminei che nella medicina clinica ha un interesse tutto speciale, intendo parlare dell'utero gravido. Il diagnostico della gravidanza ha non poche difficoltà nei primi mesi e fin-

(1) Qnando furono scritte queste parole l'Instituto clinico chiudevasi nel quadrimestre delle vacanze, ma a questo sconcio venne riparato da poi; ed ora il personale dell'Instituto funziona per tutto intiero l'anno sì e come vuole l'interesse della scienza. Giustizia vuole che grazie ne sieno rese pubblicamente all'Amministrazione dell'Ospedale di S. Gioanni.

chè mancano di essa i segni certi : queste difficoltà sono anche maggiori nelle gravidanze furtive che occorrono nelle nubili e nelle vedove, le quali cercano soventi di illudersi o di illudere: eppure , se importa sempre argomentare, dall'inspezione delle mamme e delle pareti addominali, delle fisiologiche distensioni per avventura avvenute in queste parti per gravidanze e puerperii pregressi, studio che non dimentico mai di far fare ai miei alunni, e che mi dà la soddisfazione di scuoprire soventi quella verità, che per pudore si cela ; *a fortiori* è interessante per riguardi pratici , scientifici ed anche sociali , tener conto di tutto che porti a conoscere lo stato di gestazione presente, nelle varie sue fasi; e ciò sia che si voglia considerare il fatto in se stesso o ne' suoi rapporti colle diverse malattie che nelle gravide possono occorrere.

In quest'anno clinico non ebbi ad osservare alcuna gravidanza ne' primi mesi, due sole gravide curai l'una al 6° l'altra al 7° mese, affette da stati morbosi assai diversi.

La prima era una nubile, data alla prostituzione , in età di 20 anni , di temperamento linfatico, di gracile costituzione, macilente assai. Essa entrava all'instituto clinico il 27 marzo 1865. Al dottore Richetta che ne raccoglieva l' anamnesi la narrava di alcune malattie sofferte, aventi attinenza col linfatismo ; tali furono furoncoli molteplici e una ceratite ulcerativa che lasciavale uno stafiloma all'occhio destro. La mestruazione comparivale a 17 anni e tenne un andamento sempre irregolare con iscarsità di flusso emorragico. Una gravidanza il sospendeva nel 1864 , il parto fu felice , il puerperio fu seguito da febbre migliare che guariva a capo di un mese. Ora da circa mesi sei era priva dei benefizi lunari senz'altri disturbi di salute che nausee e vomiti, sintomi che già altra volta le avevano annunziato lo stato di gravidanza. Da oltre un mese aveva cominciato

a percepire i movimenti attivi del feto; ad un tempo le comparve leggiera leucorrea con malessere generale, inappetenza, stanchezza, capiplenio, insonnia, rachialgia lombare, gastralgia, cardiopalmo, ricorrenti brividi di freddo e dolori vaghi. Non fece cura di sorta; solo vedendo come non si migliorasse, ricorse infine all'ospedale. Alla prima visita non aveva febbre, la temperatura ascellare era a 36 4|5, la respirazione normale; il polso a 70, il ritmo cardiaco regolare, il timbro de'suoni cardiaci metallico, con soffio dolce, sistolico, alla base del cuore; nulla di notevole presentavano i centri nervosi tranne una cefalea gravativa: la lingua fecciosa, la bocca amara e pastosa, la nausea con tendenza al vomito indicavano catarro di bocca e di stomaco in rapporto anche con una notevole coprostasi: questa, insieme con un po'di tenesmo vescicale, era una dipendenza della pressione meccanica dell'utero gravido sul retto e sulla vescica: l'inspezione e la palpazione addominale mostrarono il volume di questo viscere all'altezza di due dita trasverse al di sotto del bellico: il palleggiamento fece riconoscere i moti passivi del feto, e l'esplorazione del collo uterino dimostrò leggier leucorrea.

La malattia principale era, se fosse lecito così dire, la gravidanza: i disturbi funzionali e meccanici per essa prodotti si erano aggravati per cause reumatizzanti, per incuria, per meretricio; quindi scemarono col riposo, colla posizione orizzontale, con limonate magnesiache gazose da cui si ebbero abbondanti scariche e pronto sollievo della cefalea: il cardiopalmo si moderò con bevande cianogenate; ritornò l'appetito con la magnesia unita al magistero di bismuto. In soli 7 giorni l'ammalata usciva guarita da tutte le sofferenze che da un mese duravano: e notisi, senza aver avuto ricorso alle sottrazioni di sangue che le erano state suggerite per

liberarla dal gravame di capo, e che, se le fossero state fatte, avrebbero per fermo aggravato lo stato di incipiente anemia che il soffio cardiaco rivelava. Amerei che questo fatto fosse letto e meditato non tanto dai medici quanto dalle mammane che ne' loro magistrali consulti, ad ogni momento, per un po' di cefalea o affanno o cardiopalmo o dolore di reni o crampo, o varice o edema che sieno per occorrere in donna incinta, non sanno prescrivere di meglio che uno o due salassi. Se non si trae sangue, esse dicono, la donna gestante va incontro a grandi guai; senza badare che soventi eglino sono più temuti che reali, e che sul conto dei medesimi almeno almeno esser dovrebbero giudici sempre i soli medici! Che sì; avvegnachè se in alcuni casi gravi di eclampside p. e., il salasso a tempo fatto può essere àncora di salute per la donna gravida, la flebotomia di *precauzione* così detta, o meglio di pura compiacenza, soventi torna a sproposito e costituisce un vero abuso, da cui deriva l'oligoemia di alcune gravide e puerpere, o si aggrava se già esiste.

L' indicazione del salasso nelle donne gravide vuol essere giudicata dal medico per la semplice ragione che deve essere tratta sempre da un esatto diagnostico; e non tanto ancora della forma morbosa (diagnosi obbiettiva) quanto del fondo patologico (diagnostico induttivo), che può essere appunto assai diverso, quantunque quella non cangi: come si osserva p. e. nell'eclampsia stessa, presa nel senso dei ginecologi, i quali chiamano con tal nome le forme morbose convulsive delle gravide e delle puerpere, quantunque ora sieno attinenti a poliemia, ora ad oligoemia, ora neuronosi pure, ora dipendenti da cause materiali, come sarebbero versamenti emorragici o sierosi nelle meningi.

Si capisce che nell' *epilessia pletorica* così chiamata da Bonnet e da Tissot, *sanguigna* da Copeland, *infiam-*

matoria (!) da G. Frank, *angiotenica* da Esquirol, *apopletica* da Maisonneuve, da me considerata come una condizione morbosa speciale e distinta da ogni altra nevrosi convulsiva, sia che occorra nelle gravide e nelle puerpere, o all'infuori di questi stati, e negli stessi maschi, siccome ne ho riportati casi pratici nella tesi di aggregazione al collegio medico-chirurgico (1): si capisce, dico, come in questi casi debba tornar utile il salasso, mentre in altre malattie convulsive delle gestanti e delle partorienti riescono vantaggiosi rimedii che hanno ben altro modo di agire, quali sono e l'etere e 'l cloroformio e l'atropina e la morfina siccome dimostra il seguente fatto:

Una cameriera d'anni 22, vedova, di tempra sanguigno-biliosa, di robusta costituzione fisica, con abitudini di vita e vitto abbastanza regolari, entrava nel clinico istituto il giorno 11 maggio 1865: il memoriale storico de' suoi fatti morbosi era affidato al dott. Laura Gio. Battista in allora allievo dell'ospedale ed ora distinto medico militare.

La donna narrava di avere sofferto nella sua puerizia di angina tonsillare curata con 6 salassi e guarita a capo di 20 giorni: da poi ripetutamente fu salassata per flussioni dentali con febbri reumatiche: a più riprese contò 18 salassi. Questa pare sia stata la causa della ritardata mestruazione che comparve a 18 anni soltanto, e continuò da poi regolare sì, ma scarsa e per tre soli giorni. A 20 anni soffriva di febbri periodiche guarite coi chinoidei a capo di 45 giorni. Da poi passò a marito e godette buona salute; tuttochè da sette mesi per effetto del matrimonio le mancassero ora le mestruazioni, solo da un mese avrebbe percepito i movimenti attivi

(1) V. Sull'eclampside od eclampsia, studi teorico-pratici. Torino, 1854.

del feto; e poco presso nella stessa epoca, per la perdita del marito, e lo stato morale che ne fu la conseguenza, cominciò a soffrire di cefalea gravativa, con fitte dolorose alle sopracciglia, alle tempia, alla fronte, ai globi oculari e vampe di calore alla faccia e dolore pungente, acuto, limitato ad un punto del costato sinistro, non continuo, ma ricorrente ad accessi più o meno violenti, senza accompagnatura febbrile.

Non pertanto cessò dai suoi lavori, avvegnachè le digestioni, la respirazione, la circolazione si compiessero regolari e solo qualche ectasia venosa comparisse alle estremità inferiori. Perdurando però, anzi crescendo le sue sofferenze, pensò al fine di ripararsi all'ospedale.

Alla prima visita si riconobbe tosto la gravidanza al volume dell'utero che arrivava oltre l'ombellico, alla turgescenza con secrezione lattiginosa delle mamme, al soffio utero-placentare, ai battiti cardiaci del feto, ai moti attivi e passivi del medesimo, e si giudicò che la potesse essere giunta al 7° mese: le funzioni gastro-intestinali, quelle del respiro e della circolazione erano per anco tutte normali, i polsi a 75, la temperatura a 36 3|5: la fenomenia patologica era tutta a spese del sistema nervoso: cefalea gravativa, prosopalgia, dolorosi specialmente i fori sopra e sottoorbitali, oftalmalgia, vista però naturale: insonnia; nessun crampo alle estremità; dolore pungente all'ottavo spazio intercostale sinistro tra la linea mammilare e la linea ascellare, assai limitato, che si esacerbava alla pressione diretta ed anche sollevando la pelle in piega: nei momenti di maggior violenza il dolore si faceva sentire anche alla regione vertebrale presso al foro coniugato corrispondente: il rumore respiratorio era normale in tutti i punti del torace sinistro, con sonoreità alla percussione del tutto fisiologica.

Manifesto era il neurosismo: l'algia facciale dava ra-

gione del gravame di capo: la neuralgia intercostale pareva più direttamente legata collo stato di gravidanza che ne è non rara occasione.

Prescrissi i sedanti (giusquiamo) intus et extus: per togliere l'iperemia capitale detti un purgante idragogo. Cedettero con questa cura e l'algia facciale e l'insonnia e la cefalea; persistette la neuralgia intercostale malgrado la topica applicazione di due Mosche di Milano, l'una sul punto doloroso mediano, l'altra all'origine del nervo, sul foro di coniugazione. Si ricorse quindi alle iniezioni ipodermiche di cloridrato di morfina. Due centigrammi iniettati sotto la mamma sinistra fecero cessare il dolore per tre ore e produssero sintomi di leggiera narcosi. Dopo due iniezioni l'algia cessò quasi completamente a sinistra, ma il 19 maggio comparve a destra e ad un tempo si manifestarono spasimi ossia contrattura tonica e dolorosa alle mani, specialmente al lato destro: ricomparve l'algia facciale colla cefalea, per cui si dettero le pillole del Meglin; la contrattura prese l'andamento ad accessi, ricorrendo coll'esacerbazione della neuralgia intercostale ora a sinistra ora a destra. Si fecero due iniezioni di 30 centigrammi di solfato di chinino: si prescrissero bagni tiepidi generali: gli accessi si riprodussero con ispasimi e contratture e faringismo. Trovati inutili i detti rimedi e il liquore anodino dell'Hoffmann e le ripetute mosche di Milano sui punti dolorosi del costato, e qualche lieve subducente, come la magnesia p. e. indicata dall'acidità di stomaco con pirosi; si ricorse infine all'iniezione ipodermica di un milligramma di valerianato d'atropina (25 maggio). Con quest'operazione fatta alle ore 4 pomeridiane abortì l'accesso spasmodico solito a manifestarsi dalle 7 alle 8 pomeridiane, a volte con forma di stenocardia; all'oggetto di meglio assicurarne l'effetto si ripeteva nella stessa sera una seconda iniezione di

mezzo milligramma. — Per due giorni la ripetizione di queste iniezioni bastò per prevenire ogni accesso. Il 28 ritornò però un leggier accesso spastico con dolore all'epigastro; il 29 occorsero neuralgie vaghe molteplici lungo il giorno, e nella sera un accesso convulsivo che si calmò tosto con due milligrammi di valerianato d'atropina iniettato all'epigastro. Dopo tregua di alcuni giorni, per l'azione di cause morali risorsero le algie intercostali e con esse a volte anche le contratture con ispasimi generali. Si osservò come prodromi delle convulsioni fossero sempre le neuralgie e qualche contrattura: sedando questi sintomi a volte coll'acetato di morfina, a volte coll'atropina, che a ragione di sperimento si alternarono, si poterono soventi prevenire li accessi, dei quali un solo fu un po' grave (il 10 giugno) in seguito ad un diverbio ed allo spavento avuto per le convulsioni epilettiche di un'ammalata vicina: anche quell'accesso calmossi con altro dei detti rimedi, il valerianato d'atropina.

In tale stato, non direi di malattia, ma di massima opportunità morbosa, dopo 35 giorni di permanenza nell'ospedale, il 15 giugno, avanzandosi l'utero verso la regione epigastrica (8° mese) la donna fu inviata all'ospizio di maternità: nulla seppi di poi dell'ultimo mese di gravidanza, e del parto e del puerperio. L'osservazione pratica mi pare tuttavia abbastanza interessante; e tanto più volontieri ho creduto bene di pubblicarla sapendo come il prof. Tibone nella clinica ostetrica abbia anche trovata utile l'iniezione succutanea del valerianato d'atropina in alcune forme abbastanza gravi di convulsioni puerperali (1).

Stando le molte sofferenze che si connettono diretta-

(1) V. *Gazzetta delle cliniche di Torino* — 1867, n° 5, p. 66.

mente colla gravidanza non parrà strano se ne ho fatto parola discorrendo delle malattie dell'apparato genitale. Il catarro uterino d'altronde, che, più o meno abbondante, pressochè sempre l'accompagna, in tutto e per tutto si parifica colla metritide catarrale che occorre nell'utero non gravido; e basterebbe per sè a legittimare fino ad un certo punto l'ammissione della *flogosi* detta *fisiologica* dal Tommasini, epiteto, che se parve paradossale sotto il dominio del nosologismo puro, non può esser più considerato come tale dal fisiologismo che regge tutto l'edifizio delle moderne scuole mediche, alle quali si legano i nomi di Virchow, di Bernard, di Moleschott, di Salvatore Tommasi; se vi ha una emorragia fisiologica (il flusso mensile), vi può essere un'infiammazione fisiologica (esempio il catarro uterino che precede, accompagna, sostituisce, conseguita la mestruazione); e al postutto la flogosi fisiologica del grande patologo italiano trova un perfetto riscontro nell'*irritazione nutritiva e formativa* ammessa dal patologo di Berlino, dal corifeo della dottrina cellulare. L'argomento tratto dalla *cotenna* che comparisce nel sangue della donna gravida (Tommasini) trova un equivalente nell'*iperinosi* che dipende da un processo flogistico (Virchow).

Lasciando però a parte questi confronti dottrinali che meno direttamente fanno al caso in un clinico rendiconto, prendo volontieri occasione dalla cennata metrite catarrale delle gravide per discorrere del catarro uterino che tra le malattie genitali è certo delle più frequenti, come quello che si lega con alcune cause generali, temperamento linfatico della donna, anemia, neurosismo, suscettibilità morale del sesso; e con altre locali, abuso di venere, gravidanze, parti, amenorrea, dismenorrea, sifilide: cause tutte, che non è a dirsi quanto sieno frequenti nel periodo funzionale degli organi di riprodu-

zione, e che si rendono anche più gravi per l'incuria consigliata o dalla ignoranza crassa, o da mal inteso pudore, o da radicati pregiudizi, o dalle necessità della vita in donne che si mercano il vitto coi proprii lavori. Le abrasioni mucose, le granulazioni, l'ipertrofia del collo, il suo induramento, le obbliquità, l'antiversione, la retroversione uterina, le metrorragie, gli scoli purulenti, le neuralgie lombo-addominali coll'isteralgia, il vaginismo, la clorosi, il deperimento costituzionale, e va dicendo; sono soventi le ultime conseguenze di catarri uterini anche leggieri da principio, ma trascurati, negletti, lasciati, come si dice, a benefizio di natura, per mesi ed anni (1).

(1) La medicina è la scienza delle eccezioni e quantunque molte possano essere le conseguenze di un catarro uterino trascurato, tuttavia vi sono casi in cui la trascuranza viene impunemente prolungata per molti anni. Ciò dimostra il seguente fatto raccolto nella clinica per cura del dott. Figniera.

Una contadina di anni 28, nubile, di tempra bilioso-linfatica, gozzuta, macilente per iscarso vitto e faticosa vita, narrava di essersi mestruata fin dall'età di 12 anni, ma con iscolo emorragico sempre difficile, scarso (1 o 2 giorni), doloroso, irregolare, con lunghe amenorree sostituite sempre da leucorree abbondanti e continue per mesi e mesi. Per odontalgie, cefalee, febbri continue e accessi periodici intercorrenti fu sempre salassata molto: in un solo anno 24 volte, e, come gli è facile comprendere, senz'altro effetto che un grande deperimento costituzionale. Quando entrò nell'ospedale (2 marzo 1865) da tre mesi era amenorroica e leucorroica e soffriva da pochi giorni di cefalea gravativa, vertiginosa, pulsante con accessi di febbre periodica quotidiana. Negli accessi si contarono 48 respirazioni al minuto — 90 pulsazioni — e si trovò una temperatura di + 37 3[5. L'affanno, anzi direi meglio, il sussulto respiratorio, il timbro metallico de' suoni del cuore con impulso vibrato e forte mostravano la mobilità nervosa creata dai troppi salassi. Ma non è di quest'abuso

Molti fatti pratici potrei narrare a conferma di quanto asserisco, ma per amore di brevità ne riferirò soltanto due che di diritto appartengono a questo resoconto clinico, e che furono notati nel diario clinico per cura del dottor Vignolo-Lutati medico assistente.

Una contadina d'anni 38, di tempra linfatico-sanguigna, macilente, di mediocre costituzione, data a vita faticosa, e utente di un vitto insufficiente e poco riparatore, entrava in clinica il 19 luglio 1865, al n. 364; mestruata a 16 anni, maritata a 22, ebbe cinque parti ed un aborto, nè altre malattie sofferse che una febbre gastrica a 18 anni.

L'ultimo parto ebbe luogo sul principio di novembre del 1864; nel puerperio, dopo soli 20 dì, mentre duravano li scoli lochiali, sofferse di reumatismo articolare guarito con mezzi semplici, riposo, cataplasmi, bevande nitrate. Appena se ne era liberata, che dal marito veniva infetta di sifilide (ulceri alle pudende). D'allora in poi, da otto mesi cioè, continuò sempre uno scolo dai genitali ora sanguigno, ora purulento, ora mucoso con dolori che dalla regione sacro-lombare estendevansi sino all'ipogastro: le ulceri locali guarirono con topiche medicazioni d'ignota natura: ma si ingorgarono le ghiandole del collo e le inguinali, e caddero i capegli e i dolori

che intendo ora discorrere: per lo scopo che mi son prefisso citando questa storia bastami notare che quantunque abbastanza abbondante fosse lo scolo leucorroico e misto con sangue (per la prossimità della mestruazione, che di fatto comparve nel giorno dopo), tuttavia il collo uterino per volume, per forma, per direzione, per sensibilità, per temperatura, per colorito presentavasi in tutto e per tutto normale come doveva essere in donna che non solo non aveva figliato, ma presentava tutti i segni della verginità fisica. E sì che il catarro uterino, con fasi diverse, durava da 16 anni!

articolari si riprodussero con dolori anche nelle diafisi ossee che col loro esacerbarsi nelle ore notturne manifestamente indicavano l'indole sifilitica. Le furono date pillole mercuriali, ma all'utero non si badò e la malattia s'insemprò.

Quando entrò in clinica continuavano i dolori osteocopi, l'alopecia, le pleiadi ghiandolari: e l'abito esterno di questa misera, la pallidezza della pelle, la floscezza delle carni, l'aspetto cachettico indicavano le lunghe sue sofferenze. L'esame dell'utero dimostrò voluminoso, tumido, abbassato il suo collo con granulazioni fungose attorno alla sua apertura, da cui usciva un umore purulento ; il muso di tinca aperto ammetteva uno specillo per la profondità di due centimetri e mezzo. L'esplorazione non riescì dolorosa, ma continue erano le doglie all'ipogastro, all'inguine, alle coscie, ai lombi, senzachè pur tuttavia fossero disturbate le funzioni della vescica, del retto e degli altri visceri.

La cura venne operata con semicupi emollienti e torpenti, con iniezioni della stessa natura, con l'uso di sedativi all'interno (laudano e morfina), con unture calmanti sulle regioni dolenti (olio di giusquiamo e cloroformio), con ripetute cauterizzazioni della mucosa uterina coll'azotato d'argento. A capo di 40 giorni era a segno migliorata del catarro uterino e dei dolori neuralgici e dagli stessi dolori osteocopi che si sarebbe detta guarita. Rimaneva a farsi la cura della sifilide costituzionale, questo còmpito lasciai ai colleghi che mi succedettero quando per le vacanze autunnali mi ritirai dall'Instituto clinico.

Il fatto dimostra quanta importanza abbia un catarro uterino che troppo spesso lo si tiene un nonnulla. A molti inconvenienti può riparare una cura locale ben diretta, mentre non bastano i rimedii generali: e ciò valga

a provare la necessità delle esplorazioni uterine a scopo diagnostico e curativo di molte malattie muliebri, alle quali o direttamente o indirettamente, in modo primario o secondario prende parte la matrice, massime nelle persone date a faticosi lavori, come prova la seguente osservazione.

Una soppressatrice d'anni 35, vedova, di tempra linfatica, di gracile costituzione entrava in clinica il 26 luglio 1865 al num. 353. Essa narrava di essersi mestruata a 17 anni e di avere sempre avuto la mestruazione regolare, abbondante, senza dolori affatto. Maritossi a 30 anni e le abitudini coniugali parvero tosto alterarle la salute per incomodi varii e doglie genitali. Ebbe presto un concepimento: sofferse assai nella gravidanza e dopo il parto ebbe una mestruazione scarsa, irregolare, assai dolorosa. Ingravidò tuttavia una seconda volta, e dopo il secondo parto ebbe per sei mesi uno scolo ora sanguigno, ora leucorroico, con continue sofferenze e indebolimento; con dolori ai lombi, all'ipogastro, tenesmo vescicale e rettale, e catarro d'intestino (proctite catarrale, o emorroidi bianche così dette). Le necessità della vita le impedirono di attendere alla sua salute e le fatiche del mestiere terminarono per alterargliela a segno da renderla impotente al lavoro ed obbligarla a ricorrere all'ospedale.

All'esplorazione si trovò un'iperestesia vaginale pronunciata a segno da rendere dolorosissima l'introduzione dello *speculum uteri*: il collo dell'utero non si trovò nè tumido, nè duro, ma la mucosa coperta di molte granulazioni rosse facilmente sanguinanti con abbondante catarro uterino, spesso, filamentoso, simile a bianco d'uovo. Si prescrisse per tutta cura il riposo, una dieta tenue, clisteri emollienti, bevande tamarindate: intanto il 28 luglio si fece una lieve cauterizzazione alla mucosa uterina.

Il 29 luglio comparve la mestruazione, fu scarsa, durò un sol giorno, ma fu senza dolori. Dopo la mestruazione lo scolo leucorroico si osservò assai meno abbondante. Altre cauterizzazioni furono ripetute il 4 e l'11 agosto: il miglioramento fu prontissimo; stando a letto l'ammalata non provava dolori affatto: ritornavano le doglie ai reni alzandosi in piedi e camminando: cessò il catarro uterino e quello del retto intestino con semicupi i quali fecero anche ragione dell'iperestesia vaginale: le ultime introduzioni dello speculum riuscirono quasi nullamente dolorose e 'l 31 agosto l'ammalata era lasciata nell'Instituto pressochè intieramente guarita. Dico *pressochè* perchè ritornando alle abitudini faticose della soppressatrice temo che molte delle sue sofferenze le si sieno riprodotte. Buon per lei che la vedovanza le toglieva occasioni di irritamenti locali. Oh! se i precetti della igiene genitale si potessero e si volessero seguire, quanti minori mali lamenterebbero le donne!

Con ciò non vorrei asserire che le malattie uterine stiano sempre in rapporto colle funzioni genitali e coll'esercizio attivo delle funzioni medesime: esempi molti potrei addurre in contrario e tra gli altri non è senza interesse il seguente curioso esempio di *vaginite granulosa con metrite*.

Una giovane donna di servizio, nubile, d'anni 18, di temperamento linfatico-sanguigno, di robusta costituzione, grassa e rubiconda, entrava in clinica il 24 aprile 1865 al num. 355: il memoriale storico venne redatto dal dottore Volonteri. Essa narrò di alcune malattie sofferte nelle prime età; morbillo, febbri intermittenti che durarono 9 mesi, febbri iperemiche e odontalgie, le quali non hanno rapporto colla malattia che la condusse all'ospedale. Fu mestruata a 14 anni, sempre però scarsamente e con qualche irregolarità e soventi anche con do-

lori all'ipogastro e forti bruciori ai genitali esterni, i quali crebbero per fatiche e strapazzi e anche per l'uso di pillole composte di aloe, e sotto carbonato di ferro, datele a scopo emmenagogo. L'ultima mestruazione ebbe luogo il 24 marzo: d'allora in poi, quantunque in uno stato di sufficiente salute, sofferse però sempre di un po' di scolo vaginale con bruciore e prudore alla vulva, senzachè altra causa fosse intervenuta tranne le ripetute e lunghe corse, a corpo carico, da Torino ad una casa di campagna dove si trovavano i suoi padroni. Detti sintomi crebbero a dismisura il 22 aprile e impedendole ogni ulteriore lavoro la venne all'ospedale.

Lagnavasi di forti dolori all'ipogastro con tenesmo vescicale e punture acutissime nei genitali esterni ed interni, le quali esacerbavansi ogni due o tre ore a segno da cagionarle un' uggia veramente smaniosa, da toglierle quasi i sensi: non c'era febbre; polsi a 76: la temperatura ascellare a 37 gradi c. Tranne la dispepsia, l'anoressia, la cefalea gravativa, l'insonnia, la stanchezza generale, non c'erano altre lesioni funzionali all'infuori dell'apparato urogenitale. Le orine erano abbondanti, ma rosse, sanguigne, brucianti e ad ogni emissione davano tormentoso dolore lungo l'uretra ed al meato urinario: l'inspezione dei genitali esterni mostrò un rosseggiamento con tumefazione della membrana mucosa della vulva ed abbondante scolo purulento: l'imene intatto, le rughe vaginali molto pronunciate, la ristrettezza delle parti, il nessun segno di esterne violenze, l'assicurazione data dall'ammalata di nessun rapporto sessuale avvenuto nè completo, nè incompleto, nè volontario, nè carpito, fece escludere l'indole specifica dello scolo ed ammettere una vaginite semplice: l'esplorazione collo *speculum virgineum* mostrò tumefatta e rossa la mucosa vaginale sino alla sua ripiegatura sul muso di tinca, con granulazioni piuttosto

grosse, che alla interna superficie della vagina davano un aspetto *framboisé*. All'inguine nessuna traccia di ingorgo ghiandolare.

Col riposo, coi cataplasmi emollienti, coi semicupi tiepidi, col decotto di tamarindo gommoso scemarono tutti i sintomi, il bruciore, il rosseggiamento, il tumore della mucosa e lo scolo. Il 3 di maggio però ricomparve più abbondante senza il concorso di altra influenza causale che la prossimità dell'epoca mensile: di fatto la mestruazione si manifestò il giorno 8 e durò sino al 12 maggio.

Durante lo scolo mensile diminuirono tutti i sintomi infiammatorii: ripresero incremento da poi con abbondante scolo e intensissimo prurito. Si prescrissero fomentazioni locali ed iniezioni di acetato di piombo liquido e laudano. Si notò abituale coprostasi con dolori all'ipogastro ed alle regioni illiache per cui si dettero clisteri e olio di ricino, e elettuario del Tronchin, e successivamente decotto di tamarindo col sciroppo di fiori di persico.

Si calmarono i dolori e 'l bruciore, ma continuò lo scolo vaginale: il 28 maggio si tentò uno zaffo vaginale con allume usto. La mucosa si tumefece, ritornarono i dolori, scemò temporaneamente lo scolo: si ripresero alcuni semicupi, e quindi il 30 di maggio si ricorse ad uno zaffo con glicerato di tannino (glicerina grammi 80 e tannino grammi 20).

Queste medicazioni che parvero diminuire temporaneamente lo scolo, favorirono il ritorno più pronto della mestruazione, che ricomparve il 31 maggio per durare 2 soli giorni. E intanto sorsero alcuni accessi febbrili a tipo terzano per cui si dovette ricorrere al chinino; e sopravvennero fenomeni nervosi, epigastralgia, vomiti, scapulodinia, mastalgia, neuralgia dorso-intercostale e lombo-addominale per sedare le quali si trovarono uti-

issime le iniezioni ipodermiche di due centigrammi di acetato di morfina fatte *loco dolenti*. Il 15 ricomparve abbondante la mestruazione che cessò il giorno dopo, per riprodursi il 28 giugno e con le proporzioni di una vera metrorragia, che parve però anzichè no utile. Dopo lunghe alternative, colle semplici iniezioni e lavature di una soluzione di tannino, lo scolo vaginale al fine terminò. Il 1° luglio si potè introdurre lo speculum senza dolore e sì la vagina che il collo dell'utero si trovarono di color naturale; erano pressochè scomparse le granulazioni. Ostinate furono le neuralgie e sempre vaghe; le iniezioni ipodermiche recarono però ogni volta momentaneo sollievo di parecchie ore e talora spostarono le algie medesime dalla spalla alla regione intercostale, da questa ai lombi. Ed è notevole come esse abbiano molto resistito alle ripetute iniezioni, mentre a volte, fatte a breve distanza, anche di due centigrammi soltanto, e di uno e mezzo, determinarono tuttavia vomiti, senso di deliquio, cefalea, sonnolenza, suffusione della faccia, costrizione della pupilla, ed anche un eritema papuloso alla faccia che riuscì assai molesto. Questi fenomeni morfinici per fortuna furono però sempre di breve durata. Per ovviare ai medesimi si fece nella sera del 23 giugno l'iniezione di un milligramma e mezzo di valerianato di atropina, ma non fu meglio tollerato: la calma e il sonno non arrivarono che dopo 6 ore di grande agitazione e smania. Alla perfine però cessarono anche le neuralgie e l'ammalata migliorata di tutto lasciava l'ospedale il 2 luglio.

Le fatiche, il caldo, le lunghe camminate riprodussero però ancora lo scolo vaginale che con alternative di più e di meno si rese da poi quasi permanente, senza disturbare le funzioni mensili. Nell'anno 1866 essa rientrò in clinica per la stessa forma morbosa meno le neuralgie:

miglioravasi col lungo uso di bagni tiepidi, con bevande temperanti e successivamente iniezioni astringenti.

Ella è cosa notevole la persistenza e l'ostinata resistenza di alcuni scoli utero-vaginali, mentre altre volte li si vedono cessare prontamente e permanentemente. Molti esempi dell'una e dell'altra specie potrei addurre, tratti dalla mia pratica privata. Conosco persone che con una cura opportuna si liberarono completamente di leucorree anche lungamente portate: vidi signore avere anche ripetute gravidanze e parti dopo la guarigione ottenuta e senza recidiva di sorta: ma per contro so di alcune donne che da anni ed anni soffrono di scoli e che malgrado cure molte e diverse, malgrado la normalità delle funzioni mensili, pur tuttavia hanno in permanenza questo profluvio dai genitali. In genere trovai di assai più difficile cura lo scolo purulento o semplicemente puriforme che non il mucoso o catarrale: e vidi più ostinata la leucorrea nelle donne isteriche, nelle linfatiche, nelle nervose ed in quelle in cui sta in permanenza l'azione di cause morali; soventi le esacerbazioni del profluvio ed i sintomi connessi ad abituale leucorrea trovai in rapporto con affetti contrastati, con urti morali, con dispiaceri domestici e va dicendo; con o senza concorso di cause fisiche, fatiche, abusi, violenze locali. Mentre però queste ultime cagioni sono da tutti conosciute e facilmente apprezzate, quelle soventi sono trasandate o non avvertite ed anche celate, il perchè mi parve doverle mettere in maggior rilievo nell'interesse della pratica: egli è vero però, che, specialmente negli spedali, dove i clinici non hanno sempre conoscenza personale coi loro ammalati, occorre di non potere apprezzare tutta la portata delle influenze psichiche: mentre nella pratica civile e nella clientela privata queste più o meno direttamente, più o meno completamente si possono conoscere!

Un esempio della lunga durata, dell'andamento cro-
nico direi di alcune infiammazioni uterine cel porge
l seguente fatto clinico, abbastanza interessante per le
liverse accidentalità occorse durante una permanenza
nell'ospedale di oltre 5 mesi.

Una filatoiaia, d'anni 23, maritata, di temperamento
infatico-nervoso, di mediocre costituzione, coricavasi il
) gennaio 1865 al num. 352 dell'Instituto clinico. Il
liario clinico era affidato al dottor Ernesto Cerruti.

Essa non rammentò precedenze morbose degne di at-
enzione : fu mestruata a 15 anni e sempre regolarmente
per tre giorni : già ebbe due parti a termine : il 1° puer-
perio fu affatto normale: il 2° (6 novembre 1864) fu se-
guito da forte febbre e accompagnato da morsi uterini
per cui stette a letto per circa 15 giorni nella clinica
ostetrica. Ne usciva sul finire di novembre in uno stato
li sufficiente salute; ma dopo pochi giorni la riprende-
ano i dolori all'ipogastro con leucorrea, brividi di freddo
lternati con calore, cefalea, cardiopalmo ; questi patemi
lopo alternative diverse, per difetto di cura si resero
permanenti e la trassero infine all'ospedale. Quando ivi
u ricoverata la mestruazione non aveva ripreso il suo
orso, la leucorrea ne la sostituiva : l'ammalata lagna-
asi di forti dolori alle regioni illiache ed alla sinistra
n ispecie, che si esacerbavano alla pressione : doloroso
gualmente era l'ipogastro : col riscontro uterino si trovò
muso di tinca voluminoso più del doppio, ipertrofico,
pecialmente il labbro anteriore duro, abbassato, molto
aldo, dolente ; anche nella sua massa totale l'utero era
ncora più voluminoso del normale, fisso, pesante a segno
a lasciarlo credere non intieramente ridotto dall'ultimo
parto. L'inspezione dei genitali dimostrò una estesa ci-
atrice lasciata da lacerazione della forchetta : collo spe-
ulum si trovarono ipertrofia della mucosa del collo del-

l'utero, rosseggiamento della medesima con granulazioni, scolo mucoso, filamentoso della bocca uterina, mucosità vaginali abbondanti, con rosseggiamento della parte più alta del canale vulvo-uterino. Nessun'altra funzione era lesa in modo rilevante: leggier catarro di bocca con anoressia senza dispepsia: alvo regolare: orine limpide, chiare, acquee: nessun disturbo nervoso tranne lieve cefalea: respirazione regolare; polsi però frequenti a 112, piccoli, cedevoli, con moti cardiaci esagerati, impulso energico, area cardiaca abbastanza estesa: apice del cuore nella linea mammillare verso la 5ª costa, leggier soffio dolce alla base, sull'orifizio aortico, timbro metallico: cute pallida, tessuti flosci, edema al malleolo esterno di sinistra: temperatura a 37.

Si diagnosticava una metrite parenchimatosa con catarro vulvo-uterino. Malgrado un leggier grado di cloroanemia si applicavano sei mignatte al muso di tinca per isgorgare la matrice e richiamare, se possibile, i benefizi lunari: ad un tempo si applicarono cataplasmi sul ventre; e per vincere il cardiopalmo e l'arteriosità si dettero bevande cianogenate. Col riposo in posizione orizzontale i dolori calmaronsi, ma di tempo in tempo ricorsero più intensi a forma di isteralgia con neuralgia lombo-addominale. Contro questo sintomo giovarono i cataplasmi con estratto di belladonna, ed i clisteri con laudano.

Ad ogni sera si notò ricorrere un accesso febbrile con brividi di freddo, poi calore e sudore nella notte: in questi accessi s'accrebbe la temperatura e i polsi arrivarono a 128. Un gramma di persolfato di chinino dato il 23 gennaio troncò questa ricorrenza periodica vespertina. Allo scopo di favorire la riduzione dell'utero e calmare i dolori si ricorse ai semicupi, e per favorire il ritorno della mestruazione si dettero i ferruginosi (acqua

di La-Bauche e successivamente, in difetto di essa, la nostra di Ceresole).

Il 30 s'iniziò la mestruazione ; questa funzione continuò ma scarsa il 31 gennaio. Il 2 febbraio continuando la leucorrea si volle tentare una leggiera cauterizzazione della membrana mucosa, ma se ne ebbero dolori uterini assai forti per cui si ritornò ai semicupi. Continuando lo stato cloro-anemico e il cardiopalmo, e l'arteriosità con temperatura fisiologica, si ricorse alle pillole del Blaud. Cessati i semicupi tiepidi, furono date alcune doccie uterine fredde. Dopo cinque giorni dal loro uso ricomparvero i morsi uterini con iscolo sanguigno che si fece gradatamente più abbondante e durò per ben nove giorni, con sollievo dei dolori al basso ventre, ma con sintomi più marcati di anemia , cardiopalmo , senso di debolezza generale. Per moderare la metrorragia si ricorse alla secala prima , poscia alla ratania e con vantaggio : cessò l'emorragia: persistette la leucorrea : si continuarono semicupi freddi e per la cura ricostituente si prescrisse il magistero di china unito al ferro ridotto coll'idrogeno (anagrammi 3 per 12 cartoline, da p. iij al giorno). Dopo alcuni giorni si dovette desistere da questa prescrizione per insorta febbre, che cedette alle bevande cianogenate. Sorse dopo la febbre una penosa neuralgia sopraorbitale sinistra, che scomparve col sotto-carbonato di ferro (gramma 1) unito coll'estratto di giusquiamo (gramma 0,50 p. 20 pillole).

Duranti queste fasi morbose andarono scemando i morsi uterini e 'l collo dell'utero si trovò meno tumido, meno rosso, minore il numero delle granulazioni e non più sanguinanti : solo continuava la leucorrea per cui si ebbe ricorso (13 marzo) alle iniezioni saturnine col laudano. Dopo alquanti giorni (20 marzo) si fecero ancora alcune cauterizzazioni col nitrato di argento , ma con

poco successo. E un altro epifenomeno occorse: accessi prosopalgici sopra orbitali destri, quotidiani, per cui fu dato un gramma di idroferrocianato di chinino e si fece sul luogo dolente un'iniezione ipodermica di 1|2 centigramma di idroclorato di morfina: si osservò come questa di botto abbia troncato il dolore durante l'accesso, che però ritornò in proporzioni minori per alcuni giorni.

Il 27 marzo ricomparve la mestruazione e durò fino al 1° di aprile con diminuzioue delle doglie uterine e cessazione delle neuralgie al capo. Continuando i ferruginosi (il sotto-carbonato col giusquiamo, poi il tartrato ferrico ammoniacale), il miglioramento generale fece sempre progressi: la località si migliorò pure colle doccie uterine fredde; queste però più volte si dovettero sospendere per lievi scoli emorragici: lo scolo leucorroico si tentò combattere portando nel collo dell'utero cilindretti d'allume, ma se ne ebbero morsi uterini e profluvio maggiore: persistendo sempre un leggier grado di ipertrofia, ma limitata oramai al collo uterino, col coltello di Jobert si operarono superficiali scarificazioni continuando ad un tempo doccie e semicupi freddi. Le scarificazioni furono fatte il 16 aprile e 'l 18 una nuova esplorazione constatò anzi aumentato che diminuito lo scolo uterino e leggiermente sanioso: si aggravarono anche i dolori all'ipogastro.

Dal 19 al 29 aprile continuò sempre un po' di scolo menorragico con aumento nella palpitazione di cuore: per moderare questa si prescrisse la digitale, per quello l'ergotina del Bonjean e la ratania e poi il percloruro di ferro. Cessata l'emorragia, che, per l'epoca in cui ricorse, parve piuttosto una mestruazione anticipata e più del normale prolungata, lo stato generale e locale riprese miglioramento, ma con alternative. Bastava che l'amma-

lata stesse un po' alzata dal letto, o commettesse lievi disordini dietetici, o qualche causa morale sgradevolmente la colpisse perchè s'aumentasse la leucorrea e i dolori lombo-addominali si facessero più vivi, e 'l cardiopalmo più molesto si rendesse. Si continuarono i ferruginosi (lattato di ferro) e i semicupi freschi, e qualche irrigazione uterina.

Il 22 maggio ricomparve la mestruazione e durò or più or meno abbondante sino al 27. Gli altri fenomeni morbosi erano cessati, ma la leucorrea con qualche doglia ricorrente all'epigastro persisteva sempre malgrado le tante cure e per tanto tempo prodigate.

L'11 e 'l 12 comparvero ancora due accessi febbrili coi tre stadi di freddo, caldo e sudore assai bene distinti, per cui, in due riprese furono dati un gramma e venti centigrammi di bisolfato di chinino. L'ammalata migliorata, senza essere perfettamente guarita, lasciava l'Instituto clinico il 21 giugno 1865. Lo stato cloro-anemico era stato superato dalle molte preparazioni di ferro date sempre a dose generosa ma soventi mutate per adattarle al capriccio, non vorrei dire dell'ammalata, sì bene del di lei stomaco: la metrite parenchimatosa andò lentamente a risoluzione; ma il catarro uterino persistette; e, a parer mio, non tanto per condizioni morbose della mucosa quanto pel neurosismo e la morale suscettibilità dell'ammalata che ebbi ben tempo a conoscere durante la lunga sua permanenza nella clinica.

Nello ammettere però come causa di leucorrea e l'influenza nervosa e la morale, non voglio per fermo essere esclusivo: lo stesso profluvio poteva avere altre origini: nel caso cennato ho visto andare a guarigione la anemia senza che venisse tolta di mezzo la leucorrea, il che prova, a parer mio, che questa da quella non dipendeva; ma osservai altre volte l'opposto, così ad es. oc-

corse in una giovane merciaiuola, di tempra linfatico-nervosa e mediocre costituzione, ricoverata in clinica nel giugno 1865; all'età di 18 anni, dopo un primo parto, per non so quali dolori di capo le erano stati praticati 12 salassi, e ripetuti sanguisugi agli inguini, ed alle regioni mastoidee: essa cadeva per ciò in uno stato dichiarato di anemia, che perdurò durante una seconda gravidanza terminata il 30 maggio. Dopo il parto sorgeva una metrite mucosa che tenne luogo degli scoli lochiali e che non cessò se non dopo cessata l'oligoemia.

Nè stupisce che la leucorrea si leghi coll'oligoemia, mentre questa è soventi causa di quella mobilità nervosa che si fa sostenitrice del profluvio uterino. Siffatta duplice origine ben dimostra quest'altra osservazione che volontieri qui produco per dimostrare l'abuso che a volte del salasso si fa nelle malattie delle donne (1).

Una donna maritata, già contadina, ed ora da tre anni serva, d'anni 23, di tempra nerveo-biliosa, di costituzione mediocre, entrava in clinica il 14 maggio 1865 al n° 356, letto assegnato al dott. Balegno per la redazione della storia de' fatti morbosi.

Essa non ricordava malattie delle prime età, tranne il morbillo, dopo il quale ebbe un'ottalmia da cui riportava una macchia corneale. Mestruata a 15 anni, ebbe sempre ogni mestruazione assai dolorosa, per cui nel periodo di un anno le furono praticati 30 salassi: per essi non cessarono i dolori uterini che sempre si riprodussero ad ogni epoca mensile, mà si aggiunse la leucorrea: passò a marito a 16 anni: durarono le coliche uterine fino a tanto che restò incinta: a 17 anni fu madre: il parto fu lento, laborioso, seguito da un accesso

(1) Un esempio di quest'abuso il porge anche l'osservazione clinica sommariamente cennata nella nota della pagina 444.

di eclampsia che la lasciò 6 giorni agonizzante: ristabilivasi però a segno da potere allattare il proprio bimbo. Durante l'allattamento godette buona salute: divezzato il bambino ritornò la mestruazione e con essa i dolori uterini, a volte atroci, per cui di tempo in tempo si credette utile di ricorrere a sottrazioni di sangue, massime quando insieme ai dolori uterini insorgeva la febbre (effimera mensile): per tutti questi salassi si ebbero amenorrea, e mestruazioni bianche. Quando entrò nell'Istituto clinico da parecchi mesi era priva dei benefizi emorragici mensili e da due giorni era in preda alle ricorrenti sue sofferenze: dolori acutissimi all'ipogastro ed alle regioni iliache: rachialgia lombare: epigastralgia, gastralgia, nausee, vomiti, anoressia, disoressia, sete, stitichezza, cefalea frontale, prosopalgia sopra orbitale destra, faringismo, esofagismo, crampi alle estremità: respirazione irregolare, interrotta, a scosse; polsi piccoli, stretti, a 78; leggier soffio alla base del cuore, temperatura ascellare a 36 1|5.

L'esplorazione digitale dimostrò il collo dell'utero allungato, sensibile, dolentissimo alla pressione: l'inspezione collo speculum mostrò la mucosa vulvo-vaginale piuttosto pallida con piccole granulazioni all'orifizio uterino e scolo di muco filamentoso: le pareti uterine dure e resistenti, l'apertura del muso di tinca ristretta. Si portò diagnosi di LEGGIERA *metrite con* ISTERALGIA *e stato nervoso con cloro-anemia*. Si prescrissero cataplasmi emollienti e sedativi, bevande e clisteri torpenti con laudano. Sedati i dolori il 17 maggio si promosse l'alvo coll'elettuario del Tronchin. Con tale semplicissima cura in questo stesso giorno comparve la mestruazione che durò con sollievo di tutti i sintomi due soli giorni: in via sostitutiva si applicarono poche mignatte (6) ai vasi emorroidali: dopo quest'operazione comparve ancora un

po' di scolo emorragico uterino, poscia la leucorrea, per la quale il 22 operossi una lievissima e superficiale cauterizzazione uterina.

Il miglioramento fu prontissimo, l'ammalata dopo soli 9 giorni lasciava l'ospedale. Nella previsione di una facile recidiva in altra ricorrenza mensile, le si prescrisse l'uso continuato di semicupi tiepidi ed anche torpenti (col decotto di solano nero) duranti le coliche uterine; le quali, giudicando dalle cure ripetutamente fatte, sia detto tra parentesi, erano state scambiate con violente e acute metriti. Non è a caso che nella formola diagnostica ho scritto l'addiettivo *leggiera* metrite con *isteralgia*: dal concetto diagnostico sorge il concetto terapeutico, e non è certo indifferente, come ognun vede, sostituire il laudano ai salassi contro una forma morbosa che tanto più facilmente si può confondere con una *grave* infiammazione, in quanto che flogosi per vero si ha, e acuto dolore. Sono questi i casi in cui è necessario che il clinico abbia e grande tatto pratico e molto esatte conoscenze di fisiologia patologica, senza delle quali a dire il vero manca la vera guida scientifica nella cura de' morbi!

Quest'osservazione vale specialmente per il trattamento delle emorragie uterine che tanto sono frequenti quanto sono numerose le cagioni da cui possono dipendere. Tre esempi di metrorragia m'ebbi in clinica, ma di origine assai diversa. Una cameriera d'anni 24, nubile, di tempra linfatico-sanguigna sul finire del 1864 partoriva un feto a termine. Ebbe uno scolo lochiale bianco che durò assai; quindi in gennaio ricomparve ma scarsa la mestruazione, continuando pur tuttavia da poi abbondante leucorrea. Il 9 marzo entrò in clinica (N. 350) e narrò come da 14 giorni soffrisse di metrorragia con perdita di sangue aggrumato, spesso, e dolori che dai lombi si

estendevano all'ipogastro, a segno forti, da impedirle di stare in piedi e di attendere alle sue occupazioni. Essa ripeteva quest'emorragia dalle fatiche fatte e dal difetto di conveniente riposo. Nè male si apponeva, avvegnachè quantunque nessun rimedio speciale sia stato adoperato, col solo riposo in posizione orizzontale, coll'uso di clisteri emollienti e purganti oleosi, richiesti da ostinata stitichezza, in soli 9 giorni rimettevasi completamente in salute. Non solo si arrestò tosto l'emorragia ma cessò ancora l'algia lombo-addominale, sensibile a destra specialmente, e lo scolo bianco si ridusse pressochè al nulla. Vidi più volte perdurare ostinata l'emorragia uterina, aggravarsi anzi per difetto di cura igienica, malgrado i più potenti rimedii antiemorragici: e vincersi poi con mezzi semplicissimi mediante il riposo, senza del quale e ratania ed ergotina e tannino e percloruro di ferro giovano ordinariamente assai poco o nulla affatto.

Più grave fu l'altro caso di metrorragia, e si legò con un aborto al quarto mese. Una giovane cucitrice d'anni 16, di tempra linfatico-sanguigna, con apparenze abbastanza robuste, maritata da un anno, entrò in clinica il 12 giugno 1865 al n° 366. Tra le precedenze morbose ebbe tosse asinina a 5 anni; febbre tifoidea a 9 anni; febbri intermittenti a 12 anni che durarono tre mesi: in questa stessa età per cause morali cominciò a soffrire di isterismo i cui accessi ripetevansi pressochè regolarmente due volte per settimana: ciò non impedì la manifestazione della mestruazione che comparve a 14 anni. A 15 passò a marito; le abitudini coniugali fecero tacere gli accessi isterici per ben 10 mesi quasi intieramente, un solo accesso ebbe luogo all'ottavo mese di matrimonio e fu grave; durò tre ore, e venne accompagnato da delirio. In allora era già incinta di due mesi,

ed altri due ne passò in condizioni di salute anzichè no lodevoli. Ma il 4 giugno o fosse per coito ruvido e sgarbato avvenuto, come essa disse, nel giorno antecedente, o per fatiche fatte nel trasportare ceste di frutta appoggiate sui fianchi, o meglio pel concorso di entrambe queste cagioni, fatto è che fu presa da forti dolori lombo-addominali con profusa emorragia e perdita del prodotto del concepimento. Non fece alcuna cura regolare e l'emorragia uterina continuò sino a produrre vera anemia. In tale stato ricorse finalmente all'ospedale: ma 8 giorni erano di già trascorsi.

La metrorragia perdurava: grossi grumi di sangue uscivano dai genitali e putrefatti, puzzolenti, con manifesto odore puerperale: dolenti erano l'ostio vaginale, l'utero e le ovaia. La matrice mobile, voluminosa, aperta presentò molti grumi sanguigni che ne otturavano la bocca: il muso di tinca frastagliato, rammollato, ammetteva liberamente l'apice del dito esploratore. Il pallore, la stanchezza, il cardiopalmo, il polso celere a 115, le vertigini con senso di deliquio, il tintinnio delle orecchie, l'oscuramento della vista, i brividi di freddo, lo abbassamento della temperatura nelle estremità ed anche nella regione ascellare dove si trovarono col termometro gradi 36 2|5, tutto indicava un grado notevole di anemia.

I morsi uterini persistenti e violenti molto, facevano premurosa indicazione di rimedii sedativi, quindi, prescritti il riposo in posizione orizzontale e la dieta di rigore, furono dati clisteri e pozioni laudanizzati, fu applicata una pomata di belladonna con cataplasmi sul ventre; e in vagina si fecero iniezioni mollitive. Con questa cura cessò l'emorragia; fluirono lochii mucosi, non più fetenti; cessarono i dolori addominali ed appena un po' di cefalea perdurava, che cedette ancor essa dietro alcuni purganti oleosi.

La convalescenza pareva avviata, quando, per un animato diverbio avuto col marito, alle 6 1|2 di sera del giorno 18 giugno la donna fu presa da un accesso convulsivo a forma clonica con vomiturizioni , sudori freddi generali, agitazione, faringismo ed esofagismo, disfagia, alalia, senso di stringimento oppressivo al petto , estasi catalettica, allucinazioni della vista. Quest'accesso durò due ore ; parve calmare alquanto gli spasimi un'iniezione ipodermica di un centigramma di idroclorato di morfina; il delirio però continuò intiera la notte con isproloquio ed imprecazioni all'indirizzo del consorte. Da questo stato non si rimise affatto che nel pomeriggio del giorno successivo , quando comparvero in scena acute neuralgie dorso-intercostali e lombo-addominali. Altri accessi nervosi un po' meno gravi e più brevi ebbero luogo il 22 il 24, il 27, il 28, il 30, ma con forme diverse ora di spasimi clonici, con vomiti, disuria, stranguria; ora di neuralgie ; a volte di leggier delirio : le iniezioni ipodermiche di morfina , l'uso interno della stessa, qualche bagno tiepido generale , fomentazioni fredde sul capo , la magnesia calcinata, un sanguisugio alla regione dorso-lombare terminarono per farne ragione. Fin dal 22 di giugno cessò il profluvio lochiale e l'8 di luglio libera affatto di spasimi e dolori essa potè lasciare l'ospedale: dell'anemia si rimise affatto col semplice regime analettico, senza l'uso dei ferruginosi, di cui non vi fu bisogno.

L'emorragia uterina ebbe certo la sua parte nel produrre grande mobilità nervosa e accessi isterici ; ma nella fattispecie ragion vuole si tenga conto e della predisposizione creata da precedenti attacchi nervosi , e delle doglie uterine acutissime prodotte dall'aborto e capaci di eccitare per se stesse , o favorire moti convulsivi per riflessione nervosa, e ancora della causa morale che fu la vera occasione determinante dell'accesso. Senza

questi coefficienti causali la metrorragia e la successiva anemia difficilmente avrebbero determinati così gravi disturbi nervosi di senso e di moto. Bene il prova la seguente osservazione clinica, in cui assai più imponente fu l'emorragia e senza alcuna delle conseguenze notate nell'altra ammalata.

Una giovane ventenne, robusta e ben costituita donna, di tempra sanguigna, data ad una vita del tutto casalinga, entrò in clinica per metrorragia il 29 maggio 1865: tenne il memoriale clinico il dottore Rolando. Essa non ricordò altre precedenze morbose che le febbri periodiche le quali durarono per un anno nell'età infantile. La mestruazione comparve a 14 anni e durò abbondante e regolare fino a 17 anni, età in cui, passata a marito, ebbe la sua prima gestazione seguita da parto a termine e naturale. Da poi non fu più malata sino al principio del febbraio 1865, epoca in cui fu presa da febbri periodiche terzane che guarirono a capo di 12 giorni con rimedii purganti. Da quell'istante non ebbe più mestruazione e sofferse sempre di dolori di ventre che crebbero mano mano e si resero sempre più acuti, con forte stitichezza, difficoltà nell'emissione delle orine e tumefazione dell'ipogastro. Il tumore del ventre presto crebbe a notevoli dimensioni e la coprostasi divenne così grave che, contro ogni precedente abitudine, la donna si trovò i 12 e i 15 giorni senza benefizio d'alvo. Quando essa riparò all'ospedale da 9 giorni più non aveva avuto scariche di corpo e da sei giorni aveva uno scolo emorragico dall'utero che per abbondanza e durata aveva già oltrepassate le proporzioni delle ordinarie mestruazioni. Credendosi incinta e temendo un aborto essa se ne mostrava abbastanza inquieta.

Alla prima visita colla palpazione addominale si riconobbe all'ipogastro un tumore voluminoso a segno da

arrivare sin quasi alla regione ombellicale: si sarebbe detto l'utero al 6° mese di gravidanza: il tumore era duro, poco mobile, arrotondato, egualmente sviluppato a destra e a sinistra, con una depressione mediana in corrispondenza della linea bianca: la donna asseriva di non avere avuto mai la sensazione di movimenti fetali: nè questi erano sensibili alla palpazione, mancavano i battiti cardiaci, mancava il soffio utero-placentale: alla esplorazione uterina nessun indizio di palleggiamento: il collo dell'utero si trovò abbassato, volto all'innanzi, il suo orifizio aperto a segno da lasciare ammettere facilmente il dito, sottili le sue pareti in tutta l'estensione ad eccezione del margine posteriore ove si trovò un piccolo tubercolo indurato. Il segmento posteriore del corpo dell'utero si trovò molto basso, sporgente all'indietro verso il retto intestino, tondeggiante, duro, voluminoso, fisso nella sua posizione da non potersi smuovere per qualsiasi sforzo ne facessi col dito.

Nessun altro fenomeno morboso venne osservato: tutte le funzioni erano regolari meno quelle dell'intestino e della vescica meccanicamente disturbate dalla presenza di un tumore che occupava gran parte della pelvi. Le mammelle non davano indizio di turgore, nè di secrezione lattea.

Esclusa l'idea d'una gravidanza per ovvie ragioni, dedotte dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo, portai diagnostico di un tumore uterino interstiziale d'indole fibrosa. Naturalmente formolai gravità di prognostico non tanto per i fenomeni in atto quanto per le possibili conseguenze di ulteriore ingrandimento del tumore e di altre più gravi emorragie. Per tutta cura prescrissi riposo in posizione orizzontale, dieta di rigore, una vescica piena di ghiaccio sull'ipogastro, clisteri ghiacciati, ed un purgante oleoso.

La metrorragia continuò abbondante il 30 e 31 di maggio e 'l 1° di giugno: diminuì il 2, cessò il 3 di questo mese senza la comparsa di altri sintomi tranne leggiera cefalea con affanno di respiro : l'ammalata non perdette menomamente il roseo suo colorito e la freschezza delle sue carni : solo la molestò grande tensione di ventre, e stitichezza, per vincere la quale furono necessarii clisteri emollienti e ripetuti eccoprottici. Smosso il corpo ebbe tosto l'appetito e in pochi giorni riprese il suo brio e le sue forze.

La palpazione addominale e 'l riscontro digitale in una seconda esplorazione riconfermarono le risultanze del primo esame : collo speculum, che durante l'emorragia non era stato applicato, si riconobbe il collo uterino liscio, levigato, con larga apertura trasversale, gemente pochissima quantità di muco ; il labbro anteriore del muso di tinca molto sporgente in avanti a spese del posteriore assottigliato e quasi scomparso per lo sviluppo del tumore esistente nelle pareti del segmento posteriore del corpo dell'utero.

L'ammalata stette nella clinica soli 12 giorni : dominando epidemia vaiuolosa e non risultando che le fosse stato fatto l'innesto preventivo del vaiuolo, il 6 giugno fu vaccinata : osservato il regolare sviluppo delle pustole vacciniche il 10 la si lasciò ritornare a casa sua raccomandandole di venire all'ospedale all'occorrenza e di seguire scrupolosamente i consigli igienici atti a prevenire altre emorragie, astinenza cioè dai lavori faticosi e dai rapporti sessuali, con l'uso continuato di bagni freddi. Duolmi non averne avuto altra notizia.

Discorrendo delle malattie dell'apparato genitale femmineo egli è interessante notare alcuni speciali esiti delle medesime che chiudendo o restringendo le vie naturali, dando luogo alle così dette *atresie* , possono essere sorgenti di noie e malanni moltissimi.

Tre esempi n'ebbi in clinica che sono abbastanza curiosi per essere qui riferiti.

Ho già riportata un'osservazione, di lenta metrite con induramento e restringimento del collo uterino (pag. 409): assai più ragguardevole fu il fatto seguente in cui *l'atresia uterina* era portata al massimo grado, a segno di ammettere appena l'apice di uno specillo.

Una sarta d'anni 34, maritata, di bassa statura, di tempra linfatico-biliosa, di gracile costituzione, macilente e grama entrava in clinica il 3 maggio 1865 al n. 358: ne prendeva notizia il dottor Corva.

Dal memoriale clinico per esso scritto risulta che la medesima fin dalla età di 7 anni sofferse di idrope peritoneale che guariva a capo di un anno con rimedii diuretici suggeriti dall'empirismo. A 14 anni fu mestruata e tanto abbondantemente che la mestruazione durava da 7 ad 8 giorni. A 16 anni cessò la mestruazione bruscamente per patema d'animo, ma fu sostituita da scolo emorroidario ; dopo 4 mesi per l'uso di rimedi empirici ricomparve la mestruazione ma un po'meno abbondante, e d'allora in poi continuò sempre leggier profluvio emorroidale. Prese marito a 24 anni ed ebbe il 1° parto a 27 non senza molti incomodi di gravidanza e lungo travaglio. Il bimbo suo campava soli 9 mesi e moriva con molti tumori ghiandolari al collo. Essa non ricorda di avere avute infezioni veneree ma bensì che la sua salute e la sua forza di costituzione andarono affievolendosi dopo quel parto. La mestruazione più non comparve, e fu sostituita da abbondante leucorrea e flusso emorroidale. Nel 1861 soffrendo di febbre, con dolori uterini estesi alle inguinaglie, ricorreva all'arte: le si praticavano 2 salassi e operazioni di mignatte ; ne restava un po' migliorata ma non guarita : di benefizii lunari non ebbe più traccia, e le sue sofferenze attinenti alla leucorrea

colle emorroidi fluenti non cessarono più mai ; comparvero inoltre pustole e tubercoli e escoriazioni ai genitali, con dolori, bruciore, e deperimento costituzionale progressivo, ragione per cui era accolta nell' Instituto clinico.

Queste furono le notizie che, non senza stento, si potettero avere dall'ammalata, affetta, oltre agli altri malanni, da grave sordità per antico catarro delle tube eustachiane e dell'orecchio medio. L'esame obbiettivo mostrò pelle scolorata e sottile, carni floscie, scomparsa del pannicolo adiposo succutaneo, come avviene nelle persone da lungo tempo malaticcie; tumoretti adenoidi indolenti alle inguini ed al collo. Nessun viscere era però essenzialmente impegnato in lavorio morboso : la malattia era tutta nelle parti ano-genitali ; la vulva coperta di tubercoli mucosi e di cicatrici superficiali e di macchie rosse e di escoriazioni : l'orifizio dell'ano tutto occupato da tumori emorroidali in parte turgidi, in parte flaccidi : l'esplorazione digitale mostrava il collo dell'utero liscio, arrotondato, duro, resistente, leggermente spinto in avanti (retroversione uterina), non caldo, non dolente: poco voluminoso il corpo dell'utero: collo speculum si riconobbe pallida la mucosa vulvo-uterina, imbrattata di muco bianco, filamentoso, nessuna granulazione, nessuna traccia di ulcerazione: l'orifizio dell'utero era ristretto a segno che il bottone dello specillo appena vi poteva penetrare. Queste esplorazioni non riescirono per nulla dolorose: abituali dolori però l'ammalata accusava alle regioni inguino-crurali, all'ipogastro e anche all'epigastro con inappetenza e dispepsia. La sua voce essendo abitualmente un po' rauca si esplorò il laringe col laringoscopio e si trovò la mucosa dell'epiglottide e glottide e corde vocali leggiermente tumida ed iniettata : nessuna ulcerazione.

Fu diagnosticata una lenta metrite del collo con esito

di induramento e atresia incompleta, o restringimento del collo uterino: le papule mucose furono messe a carico dello scolo utero-vaginale: lo stato emorroidale fu considerato effetto di vita sedentaria e di deviazione idraulica per amenorrea. Si prescrissero semicupi tiepidi e internamente 20 pillole di ioduro di potassio (grammi 2) e di estratto di cicuta (0,50). Più si raccomandò il riposo e la massima pulizia locale. Con questa cura si ottenne a capo di pochi giorni la mestruazione, che durò, e anche abbastanza abbondante, dall'8 al 13 maggio: scomparvero affatto le placche mucose della vulva, diminuì la durezza del collo e la resistenza dell'orifizio uterino; si potè penetrare collo specillo e introdurre nel collo uterino un pezzo di spugna preparata.

La formola medicamentosa sopra mentovata fu ripetuta per ben sette volte sicchè in complesso l'ammalata prese 14 grammi di ioduro di potassio e tre grammi e mezzo di estratto di cicuta in 42 giorni di permanenza nell'ospedale. La cura venne interrotta da alcuni accidenti che meritano di essere conosciuti. Il 14 maggio fuvvi uno stato di malessere generale, doglie più del solito sentite, inquietudine, qualche spasmo nervoso per cui fu data una mistura anodina: la stitichezza fu sempre notevole a segno da indicare clisteri e a volte un po' di magnesia come purgativo. Dal 22 al 26 maggio le emorroidi si fecero turgide con profluvio sanguinolento, e comparve una leggiera fessura dell'ano che scomparve con una cauterizzazione e l'applicazione di una pomata di estratto d'atropa belladonna e unguento napoletano. I tumori emorroidali con tenesmo resero necessaria la continuazione dei semicupi emollienti e 'l 4 giugno l'applicazione di sei mignatte, che recarono pronto sollievo. La riapplicazione della spugna preparata dilatò notevolmente il collo uterino ed a segno che quando

l'ammalata il 12 giugno lasciò l'ospedale era il muso di tinca meno duro, meno resistente, la mucosa rossigna, lo scolo leucorroico pochissimo: nessun altro residuo patologico era visibile tranne li notati piccoli ganglii linfatici sensibilmente indurati e tumidi al collo ed allo inguine, per cui le si raccomandò dieta lattea, olio di merluzzo, aria di campagna.

Mentre l'atresia uterina anche incompleta e l'induramento flogistico del collo, e la leucorrea, e 'l flusso emorroidale e l'amenorrea, e le molteplici doglie patite da quella povera donna negli organi ano-genitali, rendono interessante il narrato caso clinico, assai più singolare fu un altro fatto di atresia completa vulvo-vaginale, con amenorrea assoluta, impotenza e pronunciato nervosismo isterico.

Una contadina di buona età, 33 anni, maritata, di temperamento sanguigno-bilioso, tarchiata, grassa, rubiconda, pletorica, entrava nell'Instituto clinico il 19 febbraio 1865, al N° 361. Dal memoriale redatto per cura del dottore Angelo Bocca risultò che alcune malattie sofferse in età infantile — vaiuolo — morbillo — tosse asinina. A 10 anni fu salassata 4 volte per fatto iperemico cefalico. La mestruazione non comparve che a 17 anni, ma fu da poi sempre regolare ed abbondante. Passata allo stato coniugale a 20 anni, nel periodo di due lustri ebbe sei parti, dei quali cinque naturali, il sesto anormale. In ogni gravidanza dovette essere salassata, a suo dire, per trasporto di sangue al capo. A 25 anni, durante l'allattamento del suo terzo bambino dietro cause morali fu spesse volte assalita da accessi convulsivi a forma isterica, che terminarono poi dopo l'uso di rimedii empirici. L'ultimo parto ebbe luogo nel settembre 1863, il feto in allora fu estratto mediante atto operativo: ne fu conseguenza un'acuta infiammazione dei

genitali esterni per cui stette a letto 17 giorni: da quell'epoca la mestruazione più non si mostrò e i rapporti sessuali rimasero dolorosi, difficili, incompleti, senza soddisfazione, senza voluttà. D'allora in poi si rinnovarono a varii intervalli di 15 a 20 giorni ed in ispecie alle epoche mensili gli antichi accessi isterici, convellimenti, crampi, contratture, conservandosi perfetta la coscienza; con aberrazioni di termogenesi, brividi di freddo, febbre. Per questi accessi nervosi nella primavera del 1864 le si praticarono 7 salassi; e per vero cessarono per non riprodursi più sino al successivo autunno, mantenendo sempre la stessa regolarità di ricorrenza mensile. Due accessi furono leggieri per sopravvenuta emorragia. Al terzo accesso, in dicembre, le si applicarono 12 mignatte ai vasi emorroidali da cui ebbe molto sollievo senza potere impedire un quarto accesso in gennaio 1865. Fu per cercare una cura preventiva di nuovi attacchi nervosi che essa ricorreva all'ospedale.

All'esame obbiettivo si trovarono cefalea frontale gravativa e pulsante – iperestesia generale — rachialgia, crampi alle estremità ed alle inferiori in ispecie, trenta respirazioni e 96 pulsazioni senza temperatura febbrile (36 3|5), senso di stanchezza generale, inappetenza, rutti acidi, stitichezza, orine scarse e brucianti, pelle secca.

Tutta questa fenomenia pareva legarsi coll'amenorrea, ma non si sarebbe mai sospettata la vera causa per cui i mestrui più non fluivano. L'esplorazione de' genitali dimostrò chiuso affatto il canale vulvo-uterino. La pelle delle grandi labbra e perineali si trovò sottilissima e fina con molte abrasioni da eczema pruriginoso; la membrana mucosa all'ostio vaginale liscia, rosea; naturali le ninfe e 'l clitoride e 'l meato orinario; chiusa perfettamente l'imboccatura della vagina in corrispondenza delle caruncole mirtiformi. Portando un catetere in vescica e

il dito nel retto, tutto il tragitto vulvo-uterino si toccò obliterato e rappresentato da un duro cordone di tessuto inodulare: la cloaca dell' intestino retto molto ampia, con una spessa ripiegatura mucosa nella sua parte anteriore corrispondente all'utero: in nissuna guisa potè essere constatato se e dove esistesse una comunicazione fra la vagina o l'utero e il retto intestino: il quale presentava la mucosa rossa, iniettata, sensibile a segno, che l'esplorazione determinò più volte uscita di materie fecciose: all'orifizio dell'ano non si trovò nè sfiancamento nè forma ad imbuto che potessero lasciar sospetto di avvenuta sodomia: il corpo dell'utero si toccò voluminoso a segno che oltrepassava all'ipogastro il livello del distretto superiore.

Manifestamente trattavasi di una amenorrea meccanica (Scanzoni): la distensione dell'utero, la ritenzione del sangue menstruo non che la tristezza da sì brutto male cagionata erano le causali dei fenomeni isterici e pletorici che nelle epoche mensili ricorrevano.

L'ammalata stette nell'ospedale soli 19 giorni: nessun accesso convulsivo ebbe luogo durante questa permanenza: la cefalea, i crampi, i dolori, la prurigine dei genitali cessarono coll'uso del sal amaro nell'acqua imperiale (grammi 10 per 500), coi bagnoli freddi sul capo, coi pediluvii caldi, colle fomentazioni saturnine sulla vulva. Una qualche operazione chirurgica l'avrebbe forse potuta liberare dell'atresia, ma essa vi si rifiutò ricisamente e nemmeno l'idea di potere da poi ancora congiungersi col proprio amato consorte valse a smuoverla da questo proposito. Essa restò perciò impotente; e l'impotenza fisica credo non fosse l'ultima delle cagioni della tristezza e nervosa suscettibilità di questa infelice, che prima di entrare all'ospedale non aveva mai osato confidare e da poi forse non confidò più ad alcuno

quella malattia che le avvelenava la vita per sofferenze fisiche e morali.

Più fortunata sotto quest'aspetto fu l'altra donna affetta pure da atresia vaginale, ma nell'avanzata età di 55 anni, quando tace naturalmente l'irrequieta psiche! Essa entrava all'ospedale il 25 luglio 1865 per abbondante diarrea reumatica (catarro d'intestino). L'esplorazione dei genitali mostrò per caso un'estesa cicatrice ai genitali esterni con procidenza della vagina nella sua colonna posteriore e atresia completa del suo terzo superiore che si trovò intieramente cementato coll'utero: la vagina terminava come un imbuto o meglio *en cul de sac* verso l'utero chiudendone perfettamente l'imboccatura: la mucosa vulvo-vaginale era pallida, liscia affatto, sottile, manifestamente cangiata nelle sue condizioni istologiche: scomparse le ninfe e le caruncole, nel vestibolo della vulva persisteva un piccolo clitoride e 'l meato orinario. Alla regione ipogastrica toccavasi un voluminoso tumore, mobile, arrotondato, indolente, ottuso alla percussione che elevavasi sino verso alla regione ombellicale. L'alvo era libero affatto: l'orinazione facile.

L'ammalata, mezza scema come era, non ci seppe dare ragguagli anamnestici nè dirci se da scottatura o da ulcera quella vasta cicatrice fosse stata prodotta: solo seppimo, e ancora non vorrei guarentire l'esattezza di queste asserzioni, che a 14 anni ebbe una metrorragia per causa di uno spavento: che la mestruazione vera cominciò a 20 anni soltanto: che prese marito a 30 anni e non ebbe figli: cosa che d'altronde l'esame delle mamme e delle pareti addominali confermava: infine, che dopo 40 anni più non ebbe benefizi mensili.

Il tumore dell'ipogastro giudicai prodotto da distensione dell'utero ridotto dall'atresia alle condizioni di una cisti qualunque. Cessata la diarrea con i mezzi ordinarii

l ammalata lasciava l'ospedale dopo una permanenza di 21 giorno: malgrado quel profluvio il tumore uterino non venne menomamente modificato; nessun condotto fistoloso di comunicazione potè essere riconosciuto tra la cavità dell'utero e 'l retto intestino. La disposizione della vagina nella sua parte profonda aveva tutta la apparenza di una deformità congenita, e l'ammalata asseriva di *essere sempre stata fatta così* e di avere potuto egualmente prestarsi ai doveri coniugali: ma come ammettere un vizio congenito di atresia vulvo-uterina colla presenza di vasta cicatrice alla vulva, colla mestruazione e colla metrorragia che la precedette? Il mio diagnostico fu di atresia vulvo-uterina per esito di flogosi, avvenuta verso l'epoca critica o poco prima dei 40 anni. Confesso però che fui dolente di non avere avuto sufficienti notizie anamnestiche che hanno sempre tanta parte ne' giudizi clinici, dei quali sono anzi uno dei più solidi fondamenti, anche nelle malattie a forma obbiettiva la meglio dichiarata, come soventi sono ad esempio anche le neurosi.

§ VIII.

Delle malattie del sistema nerveo.

Numerose furono le neuropatie osservate in quest'anno clinico: in 78 malati la forma morbosa neuropatica dovette essere specificamente notata nella formola diagnostica; quindi è che la proporzione è quasi di un terzo relativamente al totale dei malati (285): che se si aggiungono i casi di iperemia cerebrale o cerebro-spinale dei quali ebbi a parlare in altra parte di questo rendiconto (pag. 150); casi in cui mancò soventi la rappresentanza

sintomatica di una specializzata lesione di senso o di moto, tuttochè la sede patologica fosse ne' centri nervosi, ne viene che la cifra del terzo è superata; il che basta a dimostrare quanta sia l'importanza nosologica del sistema nervoso e quale la frequenza delle malattie che lo riguardano. La frequenza però non è uguale nei due sessi; nelle donne sopra un totale di 116 abbiamo 42 casi di neuropatia (37,06 p. 0|0), mentre fra 169 maschi troviamo solo 36 neuropatici (21,30 p. 0|0). La differenza proporzionale è rimarchevolissima: essa corrisponde a pari differenza già notata nel precedente rendiconto, tuttochè il numero assoluto delle neuropatie sia stato in quest'anno quasi doppio, per il numero maggiore di malati cronici accettati in clinica, tra i quali per fermo figurano quelli affetti da epilessia, da isterismo, da paralisi e neuralgie varie.

La differenza delle neuropatie nei due sessi non solo riguarda il numero assoluto e proporzionale, ma ancora l'indole e la natura e la sede delle medesime, come vedremo in seguito: basti il notare per ora che le neuralgie mobili e molteplici, come quelle che hanno un fondo di neurosismo isterico, sono più proprie delle donne, mentre quelle da cause diverse, reumatica p. e., occorrono di preferenza negli uomini; tra quali è assai frequente l'ischiade; mentre nelle donne sono più della sciatica frequenti le algie lombo-addominali e le dorso-intercostali, come dimostrano le cifre che riferirò più sotto.

Studiando le neuropatie in rapporto coll'età (per quanto è fattibile in un rendiconto in cui, come ho notato a suo tempo, tutte le età non sono però egualmente rappresentate), si potrebbe conchiudere che queste malattie occorrono più numerose nelle età di mezzo; quantunque alcune neuropatie siano più proprie delle età estreme, come la tosse asinina dell'infanzia e la apoplessia e

l'asma della vecchiaia, tuttavia si capisce come a molte neurosi sia fatta maggiore predisposizione dalle età di mezzo, per le numerose cause d'ordine fisico e morale che in questa età vengono ad agire sul sistema nervoso.

Ecco le cifre raccolte in quest'anno clinico:

Prima di 10 anni	uomini	1	donne	0
Dalli 11 ai 20	»	7	»	9
» 21 ai 30	»	10	»	20
» 31 ai 40	»	7	»	6
» 41 ai 50	»	6	»	2
» 51 ai 60	»	2	»	3
» 61 ai 70	»	3	»	0
» 71 agli 80	»	0	»	2
		—		—
		36		42 tot. 78

Per rispetto alle causalità delle neurosi osservate ne' maschi piacemi notare come 25 sopra 36 fossero dati a professioni faticose ed esposti alle vicende atmosferiche, d'onde la maggior frequenza delle neuropatie reumatiche: 9 soli erano dediti a professioni sedentarie: uno non aveva professione di sorta: fu il ragazzo di 5 anni affetto da tosse asinina, sulla quale non ritornerò dopo quanto ne dissi parlando delle malattie dell'apparato respiratorio: (V. p. 250): l'altro presentò una neurosi d'indole speciale (saturnina) ed era un verniciatore.

Delle donne una metà circa era data ad un genere di vita attivo e laborioso, l'altra parte per contro ad una vita sedentaria per lavori in casa, in ispeciali opifizi, filatoi p. e., fabbrica di tabacchi e simili. Le tabaccaie furono 7 e la maggior parte affette da neuralgie facciali.

Relativamente alle stagioni ecco le risultanze delle osservazioni raccolte.

Novembre	Uomini	3	Donne	0
Dicembre	. . . . .	6	. . . . . .	8
Gennaio	. . . . .	2	. . . . . .	6
Febbraio	. . . . .	6	. . . . . .	2
Marzo	. . . . .	3	. . . . . .	7
Aprile	. . . . .	1	. . . . . .	4
Maggio	. . . . .	5	. . . . . .	7
Giugno	. . . . .	5	. . . . . .	3
Luglio	. . . . .	4	. . . . . .	4
Agosto	. . . . .	1	. . . . . .	1
	Totale	36		42

Risulterebbe da questa tavola che le varie stagioni predispongono pressochè egualmente alle neurosi; il che non istupisce, postochè alcune sono indipendenti affatto dalle condizioni meteorologiche; ed altre stanno in rapporto con cause esterne che occorrono anche negli estremi di temperatura; tali sono le cause reumatizzanti, le quali dipendendo più dalle rapide alternative che dal grado del calore atmosferico, possono occasionare neuropatie così in estate come in inverno e nelle stagioni intermedie, come si osserva in ispecial modo per le

Neuralgie. Frequenti malattie sono le algie de' nervi: basti il dire che tra le neuropatie esse figurano per oltre la metà, con le seguenti varianti relative alla sede ed al sesso, che non sono senza importanza:

Neuralgie	vaghe e moltiple	uomini	1	donne	6	
»	facciali	»	8	»	8	
»	occipito-cervicali	»	2	»	0	
»	dorso-intercostali	»	2	»	8	
»	bracciali	»	2	»	0	
»	ischiatiche	»	4	»	2	
		Totale	19		24	= 43

Parmi interessante questo quadro numerico per la

prevalenza assoluta delle neuralgie nelle donne, e la maggior frequenza in queste delle polineuralgie e delle neuralgie dorso-intercostali. Mentre poi negli uomini furono più numerose le neuralgie delle estremità, e le occipito-cervicali, è abbastanza singolare come della prosopalgia si trovi eguale il numero assoluto nei due sessi; il che però per ragione di proporzione dà sempre una leggiera prevalenza relativa per le donne.

Distinguendo le algie per rapporto alle cause da cui le medesime dipendono, e da cui tengono l'indole e la natura, questo è il risultato delle cifre che ho raccolte.

Algie	nervose pure	uomini	1	donne	9
»	reumatiche	»	12	»	6
»	pletor. o congest.	»	3	»	3
»	cloroanemiche	»	0	»	3
»	meccaniche	»	1	»	0
»	speciali (saturnina)	»	1	(zoster)	1
»	specifiche (intermittenti)		1	»	2
		Totale	19	totale	24 = 43

Questo quadro dimostra quale sia la proporzione delle neuralgie reumatiche per rispetto a quelle da altre cause dipendenti; che se si osserva ancora che le algie attinenti a neurosismo, a cloroanemia, a pletora, e le specifiche periodiche sono a volte complicate da influenze causali reumatizzanti, ne viene che in realtà ne sia ancora la frequenza assai maggiore. Parmi poi notevole la prevalenza ne' maschi delle neuralgie reumatiche pure, mentre nelle donne sono più numerose le algie nervose propriamente dette, e anche le cloroanemiche e le specifiche; tacio delle altre che nel quadro figurano per un numero troppo scarso perchè si possa trarre qualche utile corollario patogenico.

Tra le neuralgie o meglio come gradi minimi delle

medesime vogliono essere accennati quei dolori più o meno intensi e sensibili ora in questa ed ora in quella regione, corrispondenti in genere a grossi tronchi nervosi od a nervi molto superficiali, che dolgono soventi sotto la pressione, ed occorrono nelle febbri reumatiche ed in alcuni stati di reumatizzazione anche apirettica. Il nervo sopra orbitale, i nervi dentali, il gran nervo occipitale, i nervi intercostali, gli ischiatici, i crurali sono tra quelli che più frequentemente in questi stati morbosi sono presi di mira; ned è raro occorra nel reumatismo che chiamerò nervoso ciò che si osserva nell'articolare, vale a dire che vago da prima e molteplice a volte, si fissi da poi sopra qualche località, mentre più frequentemente rapidamente si risolve, come mostrano questi casi clinici.

Una serva di campagna, nubile, d'anni 27, di tempra biliosa, di costituzione robusta, mestruata a 19 anni, prima abbondantemente e regolarmente per quattro o cinque giorni, ora un po' più scarsamente da alcuni mesi, narrava di essere stata per difetto di vaccinazione colpita dal vaiuolo a 18 anni, e ne porta le traccie sul viso: e di avere a 14 anni sofferto il morbillo che durò soli otto giorni e fu curato con 2 salassi. A 24 anni ebbe una pleurite destra per cui le si fecero 6 salassi: la malattia durava 15 giorni. Nella state del 1864 sofferse di risipola alla faccia curata senza salassi e guarita in 18 giorni. Sul finire di dicembre dello stesso anno, mentre dominava una costituzione atmosferica freddo-umida, e le malattie dominanti erano le reumatiche, trovandosi in corso di mestruazione, questa, per freddo-umido preso, subitamente cessava, e tosto insorgeva la febbre, con brividi di freddo alternati col calore, malessere, tosse, inappetenza, cefalea, dolore al costato destro. Dopo otto giorni di una cura fatta con semplici purganti eccoprottici ricorreva finalmente all'ospedale il 3 giugno 1865.

Alla prima visita lo stato febbrile era ben pronunciato: temperatura a + 39; polsi a 100, piccoli, contratti, celeri: respirazioni 30, con ansietà, rumori sibilanti e russanti, fregamento pleurale a destra con corrispondente dolore acuto, massime nell'atto dell'inspirazione: cefalea gravativa e pulsante, occhi scintillanti, faccia suffusa, vista offuscata, crampi alle estremità, punti neuralgici sopra ed infraorbitali: inappetenza, sete, senso di grande stanchezza delle membra.

Si diagnosticava una febbre reumatica con catarro bronchiale e pleurite destra. Con un'infusione di tiglio stibiata e con cataplasmi emollienti sul costato in soli cinque giorni nel diario clinico era notata apiressia e cessazione del dolore pleuritico: e si concedeva il quarto di porzione. Furonvi di poi ricorrenze febbrili irregolari e fugaci con aumento di temperatura sino a 38 2|5 e con intensi dolori nervosi alla faccia ed al costato, prosopalgie e neuralgie intercostali. Col sudore, con purganti idragoghi e colla comparsa spontanea della mestruazione che durò dal 13 al 15 giugno inclusivamente, queste neuralgie che da prima presentarono il carattere di una grande mobilità, dopo alternative diverse terminarono per fissarsi alla regione sopraorbitale dei due lati dove durarono sino ai 19 giugno; cessarono poi gradatamente senza il concorso di quei rimedi speciali che in altre neuralgie occorrono.

Un caso consimile all'ora narrato cel presentò una cucitrice d'anni 27, di buona costituzione, di tempra sanguigno-biliosa entrata in clinica il 21 marzo 1865 mentre dominava una costituzione atmosferica freddo-umida. Al dottore Negri che ne raccoglieva l'anamnesi essa raccontava d'aver sofferto il vaiuolo nelle prime età, malgrado l'avuta vaccinazione; e poi una larga ferita che lasciava una manifesta cicatrice estesa dal soprac-

ciglio sinistro alla regione sincipitale corrispondente. La mestruazione era molto precoce (11 anni), regolare però ed abbondante sino a 21 anno; epoca in cui sofferse per sei mesi di dolori di capo, e così intensi da toglierle i sensi; per tali dolori da principio le erano stati fatti sei salassi e ripetute applicazioni di mignatte ai vasi retro-mastoidei ed emorroidali. Da poi sofferse sempre cardiopalmo come non rado occorre dopo le molte perdite di sangue. Quantunque da 10 anni coniugata non ebbe nè gravidanze, nè parti. Fin dal dicembre 1864 la mestruazione si fece scarsa più del normale e venne sostituita da leucorrea: nel febbraio 1865 poi questa funzione emorragica mancò affatto. Con tutto ciò essa continuò con poco malessere sino al 13 marzo, giorno in cui, senza alcuna grave cagione, venne assalita da brividi di freddo seguiti da calore e sudore, non che da grave cefalea, artralgie, affanno di respiro, punture vaghe nei due lati del costato, lombagine, rigidezza dolorosa di alcune giunture ed in ispecie delle coxo-femorali. Tentava qualche cura empirica ricorrendo in ispecie a rimedii purgativi, ma essendosi ripètuti ogni giorno nuovi accessi febbrili, a volte anche con due invasioni giornaliere, doveva infine ricorrere allo spedale.

Eccone lo stato alla prima visita: faccia suffusa, occhi scintillanti, cefalea gravativa, rachialgia con dolori all'uscita dei nervi spinali, specialmente verso le ultime vertebre dorsali, dolori pungenti negli ultimi spazi intercostali, affanno di respiro, tosse secca, qualche bolla di rantolo sottocrepitante sparso: cardiopalmo con suoni valvolari molto secchi: polsi a 90, temperatura + 39: inappetenza, dispepsia, ventre dolente, teso, orine brucianti, artralgie molteplici. Si diagnosticava una febbre reumatica con neuralgie molteplici; e stando l'esistenza di una speciale costituzione morbosa di febbri migliari

dominanti, si emetteva il dubbio circa la possibilità di un'eruzione migliarosa di cui le ricorrenze febbrili e i sintomi nervosi predominanti nelle medesime potevano lasciare sospetto: ma non fu nulla: con l'infuso di tiglio cui vennero aggiunti cinquanta centigrammi di tintura alcoolica di aconito e cinquanta grammi di sciroppo di viole; dose che fu ripetuta quattro volte: con pochi cataplasmi sedativi, il miglioramento fu prontissimo: dopo tre giorni era cessata la febbre, dopo sei scomparsi affatto i dolori, al decimo l'ammalata lasciava l'ospedale.

Le neuralgie reumatiche e la prosopalgia in ispecial modo si legano soventi con catarri diversi delle vie respiratorie e digerenti: un esempio di questa composizione morbosa ce lo porge il fatto seguente.

Un calzolaio d'anni 37, gracile, macilento, di tempra linfatico-biliosa, celibe, entrava in clinica il 22 febbraio 1865 al N. 147: ne prendeva notizia il dottore Pagni allievo del clinico Instituto. Di malattie rilevanti la storia anamnestica alcuna non ne cennava se non si voglia tener conto di un catarro intestinale sofferto a 19 anni e curato con 3, dico tre salassi! I quali furono causa non ultima di una grandissima prostrazione di forze che accompagnò quel leggier fatto morboso che pur tuttavia in 8 giorni si risolvette. Taccio ancora di una leggiera angina sofferta a 23 anni per la quale si volle anche praticare un salasso. L'attualità patologica si trovò avere qualche attinenza con uno stato catarrale lento di stomaco e di narici che dura da ben cinque mesi, caratterizzato da nausee, flatulenze, dispepsia, anoressia , profluvio nasale: ma ha l'origine recente di soli 6 giorni, e fu cagionata da disordini dietetici e cause reumatizzanti , le quali determinarono cefalea sopraorbitale specialmente sinistra, coriza con più abbondante catarro delle narici, febbre con esacerbazione mattutina e diminuzione nella sera: l'ammalato

di proprio consiglio prese tre purganti da cui ebbe ripetute scariche e qualche diminuzione così dell'intensità della febbre come della violenza del dolore capitale: vedendo tuttavia perdurare le sue sofferenze, terminò per far ricorso all'ospedale.

Lo stato febbrile era dimostrato da una temperatura di + 38 2|5 con 84 pulsazioni e 24 respirazioni: la cefalea si riconobbe attinente ad una neuralgia sopraorbitale doppia e specialmente a sinistra, d'onde dipendeva anche una notevole lacrimazione: la coriza si trovò di natura semplice, non ulcerativa, ma lenta d'origine: il molto muco secreto e non sempre escreto dava ragione dell'alito leggiermente fetente: il catarro di stomaco si vide in rapporto con un ingorgo epatico dimostrato da un' assai estesa area ottusa alla regione del fegato. Prescrissi un'acqua imperiale stibiata (0,05 p. 500). Le molte scariche prodotte per vomito e per secesso migliorarono prontamente lo stato gastrico e la febbre e anche la coriza: i dolori sopraorbitali diminuirono ad sensum, persistettero però abbastanza violenti sotto la pressione: il 26 febbraio ebbi ricorso alle pillole del Meglin (gramma 1 p. 10 pillole), le quali, per ben quattro volte ripetute il 28 febbraio, il 1° e il 2 marzo, fecero intiera ragione della neuralgia. Dopo 16 giorni l'ammalato lasciava l'ospedale guarito della prosopalgia, del catarro stomacale e anche molto migliorato dell'abituale coriza.

Mentre in questo caso la neuralgia fu abbastanza tenace, anche dopo l'uso delle pillole del Meglin, non che resistente alla cura semplice da prima fatta; in altri per contro con quest'ultima vidi prontissima la risoluzione: in un albergatore ricoverato in clinica il 17 maggio 1865 e di cui prese nota il dott. Favre, quantunque febbre reumatica durasse già da qualche giorno e fosse dipesa dall'azione di cause reumatizzanti a corpo sudante, e rappresentata

da una temperatura di + 38 2|5 con 98 pulsazioni, la prosopalgia concomitante che prendeva specialmente i rami dentali cessava in due giorni dietro una bevanda cianogenata e profuso sudore spontaneo.

Egual fatto vidi in un giovane caffettiere d'anni 22, entrato in clinica il 15 dicembre 1864, del quale tenne il diario clinico il dott. Bocca: quantunque la prosopalgia fosse legata a febbre reumatica con catarro bronchiale, e gli accessi febbrili fossero accompagnati da grave cefalea gravativa e pulsante, con una temperatura che arrivò anche a 39 gradi, insieme con 84 pulsazioni e 30 respirazioni; tuttavia i dolori prosolpagici sopraorbitali scomparvero affatto col cessare della febbre sinoca, vale a dire al 5° giorno dall'entrata nell'ospedale, 8° dall'invasione della malattia; e senza altra cura che la comune, fatta con rigoroso regime dietetico, bevande cianogenate, fomentazioni fredde sul capo, ed un purgante salino. Ei pare che la prosopalgia sintomatica delle febbri reumatiche abbia per carattere speciale la superficialità di morboso processo: ciò vidi anche in altre febbri; in un caso di varicella, il dolore sopra-orbitale destro, manifestatosi nello stadio di invasione, cessava completamente nel periodo di eruzione.

Assai più restìe in genere sono le prosopalgie a fondo iperemico: un facchino d'anni 40, di forte e robusta costituzione, di tempra sanguigna, abusatore di bevande alcooliche, per ripetute malattie infiammatorie, iperemiche, febbrili era già stato, a suo dire, salassato circa 600 volte!? Per un flemmone profondo alla coscia fin dall'età di nove anni gli furono praticati 14 salassi. — Per pleurite all'età di anni quindici ne ebbe 17. — Per ferita d'arma da fuoco riportata sotto le mura di Peschiera nel 1848, all'età di ventiquattro anni, in varie riprese ne ebbe 45. A trentadue anni per pleuro-polmonite

gliene furono fatti 36, e, uopo è pur saperlo, non ne guariva che a capo di 6 mesi e ancora con una lunga sequela di sofferenze e scolo emorroidario. Facile alle febbri reumatiche, ad ogni volta, per quantunque le fossero cose leggiere, veniva salassato le 4 o le 5 volte: il perchè sto per credere non fosse guari esagerato il numero totale dei salassi succennato, quale venne registrato nel memoriale clinico del dott. Cerruti Ernesto. E tanto più facilmente escluderei l'esagerazione, inquantochè ho personale conoscenza del medico condotto del paese d'onde venne quel facchino, medico rispettabile senz'altro, ma tanto fidente nella potenza della lancetta da fare sopra se stesso i salassi anche a dozzine!! Un tale flebotomofilo come avrebbe potuto risparmiare i salassi ad un individuo che per tolleranza faceva un sì largo permittente e per facili iperemie presentava così marcato indicante? Tant'è che tre mesi prima della sua entrata all'ospedale per un po' di cefalea gli erano ancora stati praticati 6 salassi, senza che però fosse impedita la manifestazione morbosa che il condusse poi a noi.

Quando entrò in Clinica, il 2 maggio 1865, da otto giorni era affetto da vertigini, cefalea gravativa con vampe calorose alla faccia, dolori pungenti al sopracciglio e regione temporale destra, crampi alle estremità, intorpidimento di membra, affanno di respiro, anoressia, disoressia: alla prima visita notammo faccia suffusa, occhi scintillanti, esacerbazione dei punti neuralgici sotto la pressione, polsi resistenti, duri, a 78, con una temperatura di 37 3|5, rumore respiratorio vescicolare impedito alla base de' due polmoni: rachialgia lombare con orine rosse, brucianti, sanguigne: ventre trattabile, alvo libero. Si diagnosticò una leggiera febbre iperemica cefalica con prosopalgia: la cura fu fatta con un rigoroso regime dietetico, col riposo, col taglio dei capelli

e l'applicazione del ghiaccio sul capo, con purganti salini (acqua di sedlitz): lo stato febbrile prontamente cessò: dopo 2 giorni la temperatura era a 37, i polsi a 63: ciò nulla meno continuavano i sintomi e segni di iperemia cerebro-spinale, il gravame di capo, la lombagine, la pesantezza della persona, i crampi, la neuralgia, e fu giuoco forza venire ad un sanguisugio ai vasi emorroidali (sanguette N. 15), da cui si ebbe molto vantaggio, ma non completa risoluzione d'ogni sintomo. La rachialgia lombare non cessò che dopo l'applicazione di due coppe scarificate *loco dolenti* e la prosopalgia, dopo varie alternative. iscomparve solo dopo un mese coll'uso ripetuto del solfato di magnesia nell'acqua imperiale, coi pediluvi senapizzati e due grammi di massa pillolare del Meglin, mostrando così come nelle malattie nervose sovventi non basti combattere la causa ma convenga a volte prendere indicazioni puramente sintomatiche. Nessuno ammetterà per vero che la valeriana, l'ossido di zinco, l'estratto di giusquiamo valgano a combattere una congestione cerebrale mentre ha dimostro l'esperienza che questi ingredienti della massa pillolare del Meglin sono ottimi modificatori delle algesie del 5° paio.

Consimile all'ora narrato è il fatto seguente.

Una lavandaia d'anni 30, vedova, di tempra biliosa, di robusta costituzione fisica, entrava in clinica il 31 maggio 1865 al N. 361 per uno stato generale pletorico con iperemie varie e leggiera metrite: successione morbosa fu una prosopalgia. Il dott. Astesiano che ne espose l'anamnesi nel diario clinico notò come la fosse stata mestruata a 19 anni e sempre un po' scarsamente per tre soli giorni: e avesse avuto 4 gravidanze nelle quali sempre sofferse di cefalea, capogiri, oppressione di respiro, per cui ad ogni volta le si praticarono due o tre salassi: i quali non impedirono però che una di esse terminasse

per aborto. L'ultimo parto aveva avuto luogo nel luglio 1864 e fu seguito da allattamento per 5 mesi. Da poi per molti dispiaceri, cagionati in massima parte dalla sua vedovanza, non ebbe più benefizi lunari sino al fine di aprile 1865 e ancora scarsi assai per due giorni soli. Durante questo lungo intervallo sofferse di cefalea, affanno di respiro, cardiopalmo, insonnia, sogni spaventosi, senso di generale pesantezza della persona, malessere; ma continuò pur tuttavia nel faticoso suo mestiere, comecchè stretta dalle necessità della vita. Da 15 giorni poi crebbero notevolmente le notate sofferenze, cui si aggiunsero crampi, formicolio alle estremità, intorpidimento di membra, oscuramenti di vista, vampe calorose alla faccia, rumori negli orecchi, leucorrea leggiera, stitichezza, orine scarse e rosse, impotenza al lavoro. Prese un emeto-catartico da cui non ebbe alcun sollievo e perciò ricorse all'ospedale.

La cefalea gravativa e pungente, sopraorbitale, con occhi scintillanti e oscuramento di vista, i rumori alle orecchie, le artralgie, la rachialgia, i crampi, i formicolii, le contratture, massime di nottetempo, l'oppressione di respiro con difetto di rumor vescicolare e ottusità alla base dei due polmoni, qualche leggier rantolo sottocrepitante: i polsi pieni, duri, resistenti, a 72 per minuto, senza alcuna manifesta lesione del cuore: la bocca impastata, l'anoressia, la dispepsia, l'area epatica molto estesa; le orine scarse e colorate molto; la leucorrea con tumefazione, induramento e dolore all'utero; il calore a 37 1|5 furono i sintomi riscontrati alla prima visita: essi dimostravano poliemia generale con congestioni trisplancniche e specialmente capitale e polmonale, più un leggier grado di metrite: con un severo regime, coi bagni freddi sul capo, con pediluvi senapizzati e un sanguisugio ai vasi emorroidali si migliorarono tutti

i sintomi e specialmente il gravame di capo e la pesantezza della persona: nella sera del 3 giugno comparve la mestruazione che durò a tutto il giorno 5, cessò il 6, per ricomparire leggerissima il 7. La fenomenia morbosa ebbe anche per questo una tregua, ma più vivace ritornò da poi e la cefalea che si rese pungente alla regione temporo-frontale, e l'affanno di respiro: il 9 giugno, alla sera, oltre la temperatura di 37 1|5 si contarono 84 pulsazioni e 30 respirazioni: intanto alcuni fenomeni nervosi apparvero come epigastralgia, miodinie cervicali, esofagismo, e si spiegò dichiarata una prosopalgia sopraorbitale doppia. Un salasso dal piede portò qualche temporaneo sollievo, ma non fu che un palliativo: meglio riuscirono i purganti salini, acqua di Sedlitz, acqua imperiale canalizzata, tartaro solubile, poscia le pillole del Meglin, che alla dose di un gramma furono per tre volte ripetute; erano stati dati prima anche tre grammi di bromuro di potassio ma senza aver ottenuto alcun vantaggio sulla prosopalgia e sulle trafitture nervose pericraniche che cedettero alla detta massa pillolare. L'ammalata lasciava l'ospedale dopo 19 giorni.

Mentre questi due fatti clinici dimostrano l'utilità e anche l'opportunità della massa pillolare del Meglin nella neuralgia facciale, in altri casi la trovai meno vantaggiosa; ciò fu nella prosopalgia intermittente periodica; ma anche in alcuni esempi di prosopalgia non dichiaratamente periodica le preparazioni chinoidee più delle pillole suddette giovarono.

In una serva d'anni 28, nubile, di tempra biliosa e costituzione mediocre, che entrò in clinica il 5 dicembre 1864, per prosopalgia con febbre remittente reumatico-cefalica, nelle ricerche anamnestiche trovai di notevole: 1° mestruazione comparsa a 17 anni e sempre abbondante per sette giorni; 2° coprostasi abituale con un'e-

vacuazione soventi isolata per ogni settimana; 3° facili e frequenti cefalee, per cui a 10 anni, ed a 23, stante ancora lo sviluppo della febbre, le furono praticati prima 7, poi 5 salassi.

L'anamnesi prossima dimostrava un generale malessere che durava da 8 giorni, con brividi di freddo, massime nelle ore vespertine, anoressia, dispepsia, cefalea, dolori vaghi, calor febbrile di notte tempo, fenomeni che erano rimasti superiori a due purganti presi, all'acqua di sedlitz ed all'olio di ricino. Alla prima visita lo apparato fenomenico generale era dichiaratamente febbrile, e l'andamento successivo fu quale nelle remittenti avvenir suole. L'infuso di tiglio stibiato ed un purgante oleoso ne fecero però presto ragione e l'ultimo accesso febbrile, degli altri però meno intenso e più breve, ebbe luogo il 9 dicembre dalle ore 9 antimeridiane alle 2 pomeridiane: alle ore tre la temperatura fu però trovata già discesa a 36 3|5. Ma rimasero in scena fitte dolorose assai e insistenti, prima al sopracciglio destro poi al sinistro, a volte anche nei rami nervosi occipitale ed auricolare da questo e da quel lato, con algie lombo-addominali, dorso-intercostali, vaghe ed intercorrenti: in 14 giorni a riprese furono date le pillole del Meglin (in tutto 5 grammi), però con poco vantaggio e soltanto temporaneo: sempre ritornarono le algie specialmente alla faccia senza un determinato periodo: parve tornare vantaggiosa una leggiera epistassi occorsa il 12 dicembre ma fu tregua e non altro: momentaneamente utili furono pur anco i purgativi salini richiesti dall'ostinata stitichezza: dette una calma di qualche giorno il benefizio mensile che durò dal 21 al 25 dicembre: ma ritornarono ancora e senza altra causa i dolori sopraorbitali e a volte anche algie infraorbitali, dentali, con epigastralgia e algie fugaci alle estremità inferiori: giovò la

morfina col giusquiamo, ma nemmeno questi rimedii ebbero effetto permanente: volli ancora sperimentare le pillole del Meglin e altri tre grammi ne furono propinati, ma senza pro. Sul principio di gennaio infine ebbi ricorso al valerianato di chinino: il miglioramento fu pronto, ma il rimedio per ben 4 volte dovette essere ripetuto per riuscire a togliere affatto ogni residuo di neuralgia: al che, devo notarlo, contribuirono ancora leggiere ma ripetute emorragie dalle narici posteriori e pediluvii senapizzati, e l'acqua di sedlitz più volte amministrata, sia per vincere la coprostasi, come anche per fare un'utile derivazione idraulica dal capo. Solo dopo una permanenza di 49 giorni l'ammalata poteva lasciare l'ospedale.

Il fatto dimostra quello che ho già notato sopra, la persistenza voglio dire delle neuralgie facciali a fondo iperemico: nell'ora narrato caso non vi era pletora, ma la febbre aveva determinata forte cefalea iperemica e questa rese lunga e assai resistente la prosopalgia. Non potrei altrimenti giudicare del fatto stando le particolarità del medesimo, che ho sopra esposte.

In quest'osservazione clinica giovò il chinino, a mio avviso piuttosto come modificatore del sistema nervoso che non come antiperiodico: in altro caso però in cui adoperai lo stesso sale chinoideo, credo abbia agito proprio in modo specifico.

Un Veronese d'anni 28, guardia di pubblica sicurezza, entrava all'ospedale il 30 novembre 1864 e narrava di avere sofferto in precedenza e colera e tifo e febbri periodiche, che all'età di 17 anni lo avevano tormentato per bene un anno. La malattia per cui fu accolto in clinica fu una febbre reumatica con catarro bronchiale e intestinale. Egli ne era convalescente, quando il 17 dicembre fu colto da forti dolori alle regioni temporali

e sopraorbitali i quali cessarono verso sera con la semplice applicazione di fomenti freddi: tutto il giorno 18 passò senza dolori; alla sera essi tornarono così intensi e violenti da togliergli quasi i sensi, e durarono sino alla mezzanotte malgrado i bagnuoli freddi. Il 19 si prescrissero pillole con grammi 0,50 di valerianato di chinino e 0,20 di estratto di giusquiamo nero; alla sera si fece sentire qualche ricorrenza dolorosa ma leggerissima. Il 20 e 21 passarono senza accessi dolorosi, ed altro rimedio più non fu dato; ma la sera del 22 senza il concorso di altra causa ritornarono le fitte dolorose prosopalgiche e il 23 si ripeteva un gramma di valerianato di chinino con un gramma di estratto alcoolico di giusquiamo in 20 pillole; tanto bastò perchè ogni fenomeno morboso cessasse affatto: il 30 dicembre quella guardia di sicurezza pubblica ritornò sana alle sue incombenze.

In questo, e negli altri casi pratici di prosopalgia finora comunicati al lettore, ho confidenza che la cura sia riuscita ad una guarigione permanente e radicale: lo stesso non potrei affermare di un altro esemplare di algia facciale osservata in giovane serva, di tempra eminentemente sanguigna, con marcato predominio cefalico; che, nella verde età di 22 anni, si disse affetta da prosopalgia ricorrente da ben 12 anni ad ogni mese e senz'altra causa che 'l suo temperamento, l'abito suo capitale, e il difetto di compensi emorragici, sendo scarsa anche la mestruazione che era comparsa al 15° anno dell'età sua. Cefalea gravativa, rachialgia, crampi, contratture, punto neuralgico sopraorbitale destro, ecco i fenomeni morbosi abitualmente ricorrenti; a volte più, a volte meno intensi, i medesimi soventi non l'obbligarono a cure speciali, e solo due volte, a 18 ed a 20 anni, le furono praticate alcune emissioni sanguigne e ancora per

complicanza di febbre, dissenteria e sintomi gastrici che ai suddetti vennero ad aggiungersi.

Quando essa entrò in clinica, 7 febbraio 1865, a a suo dire da tre giorni era affetta da febbre remittente con punto neuralgico intensissimo alla regione sopra-orbitaria destra, oftalmalgia, corrispondenza dolorosa alla radice del naso, gravame di capo, vertigini, crampi, senz'altri fenomeni notevoli: alla prima visita quantunque vi fosse una certa frequenza di polso, che si trovò oscillare da 75 a 84, la temperatura non si presentò superiore al normale e nessuna funzione fu trovata notevolmente lesa tranne quella dei rami del nervo trigemino destro. La cura fu cominciata con purganti salini, con pediluvii senapizzati e fomenti freddi sulla fronte. Si ebbe miglioramento dei sintomi congestizi cerebro-spinali, pur tuttavia persistette la prosopalgia per accessi irregolari prima, periodici poi: quelli furono trattati colle pillole del Meglin che servirono di ottimo palliativo e contribuirono probabilmente a far meglio dichiarare la periodicità, che fu quindi superata col valerianato di chinino e l'estratto di giusquiamo ripetutamente amministrati a dose abbastanza generosa. L'ammalata stette 32 giorni nell'ospedale: ne uscì perfettamente guarita; ma non si saranno più riprodotti altri accessi dolorosi?

Grandemente ne dubito, avendomi dimostrato l'esperienza, che in casi così fatti l'abitudine patologica oltre le altre cause permanenti, rende lunga, difficile, incerta la cura e facile la recidiva. Nella moglie di un mio distinto collega, per condizioni causali identiche a quelle del caso narrato, vidi durare per anni ed anni una prosopalgia, malgrado ripetute cure e diverse, rivulsive, derivative, depletive, ed ostinata così da lasciar temere di un qualche processo morboso materiale all'origine o lungo il corso del 5° paio, timore che venne smentito poi dal-

l'ottenuta guarigione dopo un tempo lunghissimo e quando meno la si aspettava: il che, giova notarlo, avvenne per cambiate condizioni morali, le quali, come per altre malattie così più specialmente per le neuronosi sono la *causa congiunta* che spiega spesso l'ostinazione del male!

La neuralgia facciale si rende a volte ostinata e persiste a lungo per opposte condizioni causali: ho detto dello stato iperemico cefalico, non è raro di trovarla legata ad una vera anemia od oligoemia con leucocitosi più o meno dichiarata; un esempio di questa natura ebbi ad esporlo parlando appunto di questi stati morbosi del sangue i quali interessano sempre moltissimo la patogenia delle neuronosi in genere ed in ispecie delle neuralgie (1); egli è naturale che in questi casi la cura ricostituente e 'l ferro e la china giovino più che non i modificatori nervini propriamente detti, come prova appunto l'osservazione ora citata, alla quale rimando chi legge.

Nulla di più vario che la cura della prosopalgia, la quale a volte ribelle proprio si mostra ai più attivi mezzi. Duolmi a questo proposito non potere riferire per disteso il fatto di una neuralgia dentale violentissima ed antica, della quale fu soggetto una contadina d'anni 60 che mi fu indirizzata da un ottimo collega di provincia, il quale nello spazio di circa tre anni aveva oramai inutilmente sperimentati tutti i più conosciuti rimedii che l'arte conosca utili contro il così detto *tic douloureux.* Il memoriale clinico scritto dal dott. Prades venne smarrito: solo risulta dal registro generale ch'essa entrava nell'ospedale il 17 aprile per uscirne al 4 luglio 1865. La neuralgia era circoscritta al ramo dentale del mascellare inferiore destro: quantunque la donna fosse sdentata

(1) Vedi l'osservazione clinica esposta a pag. 180.

affatto, facendo pressione sulla gengiva in corrispondenza del luogo occupato già dai primi denti molari si destava tale un dolore da muovere per azione riflessa tutti i muscoli della faccia di quel lato : la masticazione, l'introduzione in bocca di cibi o troppo caldi o troppo freddi, o duri, bastavano per eccitare il dolore, che a volte ricorreva poi spontaneo o per cause morali o per sbilanci atmosferici o per infreddatura, la quale pareva esserne appunto stata la causa prima : da oltre tre anni non passava giorno senza che qualche accesso avesse luogo, ma ora più, ora meno intenso, ora più, ora meno lungo, ora isolato, più soventi ripetuto. Tuttochè il medico curante metodicamente e saggiamente già avesse adoperate invano moltissime cure , tuttavia ritentai le prove: e gengivari con cloridrato di morfina, e morfina all'interno, e laudano, e pillole del Meglin ad alta dose, e chinino in varie formole, e sanguisugio locale e cauterizzazione or punteggiata, or trascorrente sulla gengiva, e acupuntura volli sperimentare, ma tutto indarno : momentanea calma , apparente sollievo erano seguiti da nuovi accessi : non essendovi alcuna manifestazione esterna , alcun fatto fisico, materiale, che potesse spiegare tanta persistenza di neuralgia, che riconobbi anche indipendente affatto da alcuna malattia costituzionale o labe diatesica, di cui non v'era traccia ; dappoichè l'ammalata all'infuori del dolore e spasimi facciali non presentava indizio di malattia ; sospettai di un neuroma sul corso del ramo dentale e volontieri avrei consigliato anche qualche atto operativo chirurgico quando l'ammalata non vi si fosse dichiaratamente rifiutata. In tale frangente allo scopo palliativo furono praticate iniezioni ipodermiche di idroclorato di morfina, mentre il bromuro di potassio all'interno fu dato ed alla dose generosa di più grammi al giorno: il risultato fu abbastanza soddisfa-

cente: dopo un mese di questa cura l'ammalata tollerava pressione e masticazione a segno, che soddisfatta del miglioramento ottenuto, senza aspettare perfetta e completa guarigione che forse a lungo andare si sarebbe potuto ottenere, rimpatriava, come già dissi, sul principio di luglio (1).

Nelle prosopalgie e più specialmente negli accessi dolorosi un po' gravi non è raro di trovare irradiazioni dolorose anche nella parte più alta del capillizio ed alla nuca, ed alle regioni auricolari (neuralgia cervico-occipitale, otalgia): in genere però questi punti dolorifici sono assai meno persistenti che non siano i punti prosopalgici: la neuralgia occipitale e auricolare, anche quando è primaria, ordinariamente ha breve durata e facile la risoluzione: ciò dimostra il seguente fatto di cui tenne nota il dott. A. Richetta.

Uno spazzino della città, d'anni 28, robusto, atletico, gozzuto (broncocele trilobato), entrò in clinica il 25 gennaio 1865: nessuna precedenza morbosa rilevante egli ebbe a narrare tranne un penfigo sofferto a 5 anni e ripetute diarree reumatiche: da dodici anni però per il volume acquistato dalla tiroide soffre dispnea, tosse, cardiopalmo, massime in inverno e per l'effetto di fatiche. Quando riparò all'ospedale da 15 giorni era in preda ad un generale malessere con brividi di freddo alternati con calore, tosse, inappetenza, cefalea, dolori all'orecchio sinistro ed alla nuca. Alla prima visita non si trovò febbre (polsi 72, temperatura 36 3|5), ma uno stato di lieve iperemia cerebro-spinale rivelato da crampi, cefalea gravativa, rachialgia, dolori acuti esacerbantisi

(1) Di quest'ammalata parlai nella mia *Nota sulle iniezioni ipodermiche* letta all'Accademia medica di Torino il 23 giugno 1865. V. il Giornale dell'Accademia di quell'anno, N. 13.

alla pressione fatta sulla regione temporale, occipitale e auricolare sinistra, con leggiera ipocusia; nessuna rigidezza muscolare, però turgescenza delle vene del collo: l'esame fisico del cuore e dei polmoni non dimostrò alcuna organopatia: nell'apparato gastro-enterico leggier grado di catarro. Considerate le cause reumatizzanti a cui, nella stagione che correva, per ragione di professione, era molto esposto quest'ammalato: considerato lo stato generale reumatico manifestato dai brividi di freddo che durarono per molti giorni: giudicando d'indole reumatica e neuralgica la doglia occipito-auricolare; oltre i cataplasmi emollienti e sedativi sulle località addolenzite prescrissi un'infusione di tiglio stibiata da cui si ebbero evacuazioni alvine, vomiti, sudore, non che notevole e pronto miglioramento: dopo tre giorni persistendo la sola otalgia, una mosca di Milano si applicava dietro l'orecchio e all'ottavo giorno l'ammalato libero da ogni doglia lasciava l'ospedale in perfetta salute. Ricordo di molti casi simili osservati nella mia pratica: la facilità della cura e la prontezza della risoluzione non mi paiono senza interesse nella nosografia delle algie occipito-auricolari.

In tutta la mia trattazione nosologica avendo seguito sempre un ordine anatomico, anche parlando delle neuralgie vado dietro alla mia carreggiata, e dopo la neuralgia occipitale imprendo a dire della cervico-bracciale: due esempi n'ebbi in quest'anno clinico: l'uno di origine meccanica venne già per me riferito a proposito di un caso di aneurisma aortico di cui la neuralgia bracciale era sintomatica (V. l'osservazione narrata a pag. 193): l'altro da causa saturnina ora espongo, con tutte quelle particolarità che interessantissimo il rendono, oggi tanto più, che le malattie saturnine, per quanto io veggo, per buona sorte sono più degli anni andati tra noi rare.

Un verniciatore d'anni 36, di tempra biliosa, di costituzione mediocre, con abito un po' cachettico, ammogliato, dato a faticosa vita, uso a lavorare in luogo umido, nudrito con iscarso vitto, entrava all'ospedale di San Giovanni (N. 213) il 19 novembre 1864; e 'l 3 dicembre era trasferito nell'Instituto clinico (N. 156). Come chè fosse coricato da prima nella sezione di cui io era medico ordinario, l'anamnesi del fatto veniva raccolta dal mio assistente il dott. collegiato Secondo Laura, che con rincrescimento vidi disertare il campo clinico, per allori cogliere però negli studi di medicina legale. Dal memoriale clinico, continuato dal dott. Bogliolo, risultò che il detto verniciatore aveva negli anni andati sofferto frequenti epistassi, non gravi però; e che a 29 anni gli erano stati praticati 11 salassi per una pleuro-polmonite che guariva a capo di un mese senza lasciare residui patologici. Esposto al freddo umido, per il luogo dove lavorava, ed alle emanazioni saturnine per la cerussa, il minio, il litargirio che trattava nella confezione delle vernici, non avrebbe sofferta però mai alcuna malattia speciale attinente a questa od a quella causa, nè dolori reumatici, nè reumatismo metallico così detto, nè coliche di piombo, nè altra neuropatia saturnina. Però il suo colorito anemico e terreo, come nella clorosi o cachessia saturnina si osserva (ischemia cutanea?): ed una tinta grigia del margine libero delle gengive (solfuro di piombo), manifestamente indicavano l'esistenza di un'influenza saturnina, un avvelenamento lento, intieramente confermato dai fenomeni morbosi in ultimo sopravvenuti.

Di vero alla prima visita si seppe che da 35 giorni, senza nuove cause, egli ebbe a provare dolori che dalle spalle estendevansi alle braccia ed antibraccia lungo il corso dei nervi, con intorpidimento ed impotenza muscolare limitata però intieramente alle estremità superiori,

senza che per nulla fossero lese le funzioni di senso e di moto degli arti addominali. Di più nelle estremità superiori la lesione era ancora limitata ad alcune regioni muscolari (1): la mano e l'antibraccio erano in una continua e forzata pronazione (paralisi dei supinatori), e le dita tutte in permanente flessione con difficile il movimento di elevazione ed impossibile quello di estensione (paralisi degli estensori): la pressione era dolorosa lungo il corso dei nervi mediano, radiale, cubitale, ed anche del plesso bracciale e dei fori coniugati della regione cervico-dorsale, ma a destra più sentitamente; meno dolente era la medesima esplorazione dal lato sinistro, tuttochè la paralisi fosse allo stesso grado e risiedesse negli stessi muscoli ai due lati: il peso netto dell'individuo era di 46,400 grammi e lo stato di nutrizione della muscolatura paralitica non presentava sensibile atrofia: lo sviluppo dei muscoli dell'antibraccio corrispondeva esattamente al mediocre sviluppo della muscolatura generale: la sensibilità elettrica e la contrattilità elettro-muscolare nelle parti paralizzate erano di molto scemate ma non abolite. Del resto nessun organo era ammalato, nessuna funzione era alterata, se pure non si vuole tener calcolo della melanconia, dello abbattimento morale prodotto dall'impotenza al lavoro, in un malato che viveva della propria professione: la temperatura ascellare fu sempre inferiore a 37 gradi.

Si diagnosticò una neuralgia cervico-bracciale doppia da irritazione spinale, con paralisi saturnina, e furono

(1) Ella è particolarità notevole nelle paralisi saturnine quella di essere limitate soventi ad uno o pochi muscoli ed in special modo agli estensori e agli abduttori, e con maggiore predilezione ancora alle estremità toraciche, mentre sono più rare quelle degli arti addominali (Tanquerel des Planches — Schivardi).

prescritte unture sedative coll'olio di giusquiamo sulle parti dolenti, non che una pece di borgogna cantaridata alla regione cervico-dorsale: si ottenne da questa una diminuzione dei dolori a destra, ma esacerbazione delle algie di sinistra: il 24 novembre tre coppe scarificate furono applicate sulla regione suddetta e il 26 un altro empiastro vescicatorio sul luogo medesimo; questa medicazione liberò completamente il malato dalle neuralgie tanto di destra che di sinistra; la paralisi non crebbe ma non diminuì neppure: restarono come prima impotenti ad alcuni movimenti le estremità superiori: e quantunque alleggerite dai dolori, furono per qualche tempo sede di un continuo senso di freddo.

Continuai per qualche giorno pillole di calomelano ed arnica: ned ebbi altro risultato che qualche evacuazione alvina: mi attenni da poi alla cura ricostituente ed alla dieta lattea, prescrivendo ad un tempo leggiere dosi di stricnina in forma pillolare; un centigramma diviso in 20 pillole, delle quali si dettero prima 3, poi 4 ed anche 6 al giorno.

Per l'azione fisiologica di questo potente eccitante spinale si ebbero frequenti scosse sussultorie alle estremità: qualche poco sensibile ma lento assai fu il vantaggio che si ottenne nei movimenti. Il perchè, l'elettricità, che prima aveva applicata a semplice scopo diagnostico, e che dopo quell'unica prova aveva dato una qualche maggior facilità di movimento, volli tentare a scopo curativo. Quindi senza desistere dall'uso interno della stricnina, e insieme all'uso endermico che pur ne feci sulle antibraccia, feci applicare l'elettricità col mezzo della corrente indotta ora continua ed ora interrotta sui muscoli paralitici. Dal 23 dicembre al 20 gennaio quasi ogni giorno per circa mezz'ora fu ripetuta quest'applicazione e con manifesto successo: il malato lasciò l'ospedale il giorno 8 febbraio

1865. Lo stato suo generale era di molto migliorato: la bilancia mostrò come il suo peso fosse di 48,500 grammi con un aumento vale a dire di 2100 in 80 giorni di cura. La località paralitica era a segno modificata, che la sensibilità elettrica e la contrattilità elettro-muscolare erano quasi normali e l'ammalato poteva compiere quasi tutti i movimenti, alzare le mani al capo, vestirsi, sostenere leggieri pesi, estendere lentamente le dita, volgere la mano in supinazione e va dicendo. Se il miglioramento avrà fatto ulteriori progressi come a volta succede nelle cure elettriche anche dopo lunghi intervalli dall'applicazione della corrente: se l'ammalato non si sarà altra volta esposto all'influenza saturnina, è lecito sperare che la guarigione sia rimasta permanente; che se non fu perfettissima riuscì almeno abbastanza soddisfacente e per l'arte e pel paziente.

Le osservazioni cliniche raccolte da Tanquerel des Planches, da Duchenne, e ultimamente ancora dal nostro Plinio Schivardi (1) dimostrarono come nessun rimedio possa stare a paro coll'elettricità nella cura delle paralisi saturnine, ed io son lieto che la mia osservazione venga a confermare le conclusioni di questi dotti autori. Duolmi di non aver potuto rivedere il mio ammalato, perchè son persuaso che qualora qualche poco di paresi avesse continuato, la ripetizione delle applicazioni elettriche avrebbe probabilmente reso l'esito più completo; quale non si può ottenere soventi che dopo le 50 e le 100 sedute, ripetute anche a lunghi intervalli (Duchenne).

Nel narrato fatto mentre è notevole il vantaggio ottenuto dall'elettricità contro una paralisi saturnina, e 'l

(1) V. *Frammenti di clinica elettro-iatrica*, del dott. Plinio Schivardi. — Milano 1866.

poco frutto avuto dalla stricnina, merita ancora, a parer mio, qualche attenzione la complicante neuralgia cervico-bracciale che pel suo andamento e per i mezzi che la guarirono parmi si possa considerare di origine forse più ancora reumatica che saturnina: l'ammalato era esposto al freddo-umido, quindi non mancava la causa reumatica; d'altronde sappiamo come l'avvelenamento lento di piombo dia luogo a dolori muscolari e articolari anzichè nervosi; per il che credo non andar errato nelle mie deduzioni; colle quali però non vorrei escludere affatto, ma mettere in seconda linea l'influenza saturnina. Il caso per conseguenza, tuttochè distinto come neuralgia speciale nel sopra esposto quadro generale, verrebbe pur tuttavia ad accrescere il numero delle neuralgie reumatiche, dal momento che gli è impossibile negare nella patogenesi la doppia efficienza causale.

Anche le algie dorso-intercostali da varie cause possono dipendere: dallo zoster p. e., come un esempio ne ho riferito parlando delle malattie cutanee (pag. 137), e dal neurosismo generale, e da iperemia spinale e da cause meccaniche e da cause reumatiche: a queste ultime si riferiscono le neuralgie intercostali or vaghe or fisse, ora isolate ora molteplici, che soventi occorrono nelle malattie reumatiche e catarrali del petto, nelle bronchiti, nelle pleuriti, nelle pericarditi, e per lo più cedono benissimo e presto ai cataplasmi emollienti e sedativi, alle mignatte, ai rubefacienti, ai vescicatorii: alcuni esempi n'ebbi in clinica, nei quali l'intensità del dolore o la persistenza furono tali da meritare che ne fosse fatto cenno nella formola diagnostica; ma più numerosi casi osservai di doglie neuralgiche intercostali lievi e fugaci, delle quali non tenni altro conto che di semplice fenomenia sintomatica. In genere le neuralgie intercostali che più durano sono quelle che si complicano, si

alternano, si associano con altre neuralgie; e per conto mio osservai ancora, che quelle le quali hanno lor sede nelle paia inferiori de' nervi intercostali, massime poi se unite a disturbi funzionali epato-gastrici e con punti neuralgici localizzati all'epigastro (epigastralgia), sono assai più difficili a vincersi che non le altre; eccezione fatta soltanto per la mastalgia che la si vede a volte durare moltissimo; e per le neuralgie fisse, circoscritte (punti neuralgici), che, qualunque sede abbiano, nelle donne isteriche e negli individui ipocondriaci s'insemprano facilmente, esacerbandosi poi per minime cause specialmente d'ordine morale (1).

Un esempio di neuralgia dorso-epigastrica abbastanza ostinata mel presentò una giovane cameriera d'anni 27, nubile, di tempra sanguigna, di mediocre costituzione, con abito piuttosto macilento, che il 17 marzo 1865 entrò nello Instituto clinico al N. 358.

Il dott. Astesiano che ne prendeva memoria notava nel suo diario che la medesima veniva mestruata a 14 anni e regolarmente e abbondantemente, malgrado che a 12 anni per ben 6 mesi avesse sofferte le febbri a periodo, ed a 13 per destra pleurite le fossero stati fatti ben 9 salassi; quali non avrebbe certo così bene tollerati senza il benefizio della pronta riparazione sanguigna dovuta alla natura del suo temperamento. Dopo la pubertà non sofferse malattie di rilievo; se si eccettuano odontalgie,

(1) Vidi un distinto giureconsulto, nel quale un dolore di questa fatta, circoscritto alla regione mammaria sinistra, durò per parecchi anni ribelle ad ogni metodo di cura: bastava una preoccupazione mentale, un lavoro troppo protratto, una discussione un po'animata, un dispiacere per riprodurlo a volte intensissimo; mentre il riposo intellettuale, la vita campestre, viaggi anche lunghi e faticosi ne lo facevano tacere affatto.

febbri reumatiche leggiere, dovute ad una vita piuttosto faticosa ed alle vicende atmosferiche cui per quella veniva esposta.

Fu per l'azione di queste cause, che sul finire del 1864 la fu colpita da dolori lungo la colonna vertebrale, che si estendevano alle spalle, al costato ed anche all'epigastro. Per essi fu costretta a letto 20 giorni: con rimedii che non seppe specificare guarì, ma non perfettamente; ed avendo ripresi i proprii lavori continuò a soffrir sempre sino al principio di marzo, epoca in cui dovette tralasciar il lavoro per rimettersi in cura: questa però fu empirica affatto e nulla avendole giovato, pel suo meglio in fine ricorse all'ospedale.

La mestruazione si era fatta scarsa ed irregolare, e l'esacerbazione coincideva appunto coll'epoca mensile. Alla prima visita si trovò il polso a 80 con 37 gradi di temperatura, la faccia suffusa con cefalea gravativa, senso di pienezza e crampi alle estremità: ad sensum ed alla pressione era notevole la rachialgia dorsale e lombare, ma più specialmente risentita era la pressione sui fori coniugati della 10-11-12 vertebra dorsale destra: i dolori si estendevano dal dorso alle spalle ed alla regione laterale del costato destro nella parte più bassa, estendendosi lungo gli ultimi spazi intercostali sino allo sterno ed alle regioni addominali, specialmente poi all'epigastro: sordi, ottusi, compressivi duravano sempre, ma a intervalli si rendevano acuti e violenti: la pressione sui diversi rami perforanti del Cruvelhier corrispondenti agli ultimi spazi intercostali, i movimenti del corpo, l'inspirazione, la tosse, la defecazione esacerbavano questi dolori. Nessun'altra funzione era lesa essenzialmente; chè appena vuol essere notata l'inspirazione resa breve ed interrotta dal dolore, la dispepsia, l'anoressia, la stitichezza che avevano la stessa origine. Le

orine furono trovate limpide, abbondanti, di densità normale, senza traccia di zuccaro o di albumina. La diagnosi fu di neuralgia dorso-epigastrica, per irritazione congestizia spinale.

La cura fu fatta con regime dietetico negativo, con purganti salini, con tre sanguisugi ai vasi emorroidali, a distanza ripetuti, e poi con una sanguettata e successivamente ancora con 4 coppe scarificate lungo il dorso: oltre questa cura causale si cercò di calmare i dolori con sedanti dati internamente e con applicazioni topiche anestetiche e narcotiche tra cui ripetute iniezioni ipodermiche di idroclorato di morfina alla dose di uno a due centigrammi per ogni volta: le quali riuscirono spesso a conciliare all'ammalata tranquille notti, e alcune ore di calma, seguite però sempre da nuovi dolori.

Nell'andamento del fatto morboso si osservarono parecchie alternative, ma ad ogni temporaneo miglioramento prodotto da questo o quel rimedio, successero sempre esacerbazioni dei dolori: le quali vestirono a volte le forme di una vera reazione febbrile con una temperatura che non andò però oltre a 37 3|5: ai dolori dorso-intercostali si associarono ancora neuralgie facciali sopra-orbitali, neuralgie lombo-addominali, neuralgie crurali, artralgie diverse, che furono tuttavia sempre temporanee.

Due volte comparve la mestruazione, il 4 aprile e durò due giorni: e 'l 3 maggio, per poche ore; in queste ricorrenze si notò sempre esacerbazioue di fenomeni morbosi, cefalea, rachialgia, neuralgie, per cui ripetutamente, come già dissi, si ebbe ricorso alle emorragie artificiali sostitutive. Ostinatissima poi oltre ogni altra fu la neuralgia dorso-epigastrica, con gastralgia a volte associata a vomiti, e permanenti disturbi di intestino per ostinata coprostasi. Pure al fine anch'essa

si vinse pressochè per intiero: questo vantaggio si ottenne principalmente da una pece di borgogna cantaridata, posta sul costato destro il 19 maggio; alla vescicazione locale tenne dietro un'eruzione generale di orticaria la quale fu accompagnata da febbre, ma in breve scomparve e permise all'ammalata di lasciare l'ospedale il 28 maggio, dopo una permanenza di 72 giorni, in uno stato di salute se non perfetto, abbastanza soddisfacente.

Non sono umorista nel senso delle antiche scuole, non voglio ammettere le materie peccanti e le discrasie sanguigne, che nessun argomento di fatto sperimentale ha finora dimostrato, ma non saprei negare che la storia narrata la venga proprio in appoggio di quella eziogenia: il positivismo della scienza moderna la condanna, ma per vero non vi sostituisce alcunchè di appagante per la medicina pratica. Sarà stata una pura coincidenza, ma fatto è che algie le quali duravano da mesi cessarono coll'eruzione di un'orticaria, come le si vedono cessare a volte per l'eruzione migliare, per un erpete o un eczema: come cessano coll'artificiale vescicazione. Ricordo di neuralgie intercostali e mastalgie ostinatissime che per la concomitanza di tumori adenoidi davano alle pazienti serie inquietudini per qualche remota parvenza di malattie scirrose, e che pur guarirono perfettamente con ripetute applicazioni di vescicanti volanti: nelle stesse neuralgie intercostali molteplici e di origine isterica piccole mosche vescicatorie mi dettero buon successo; e l'epigastralgia con esse meglio che non con altri rimedii sempre curai: il perchè mentre delle algie intercostali molti sono i palliativi, tra cui vorrei mettere in prima linea le iniezioni sedative ipodermiche, credo i vescicatorii essere il più sicuro rimedio, come d'altronde già notò Valleix nella riputata sua monografia sulle neuralgie.

Un'algia nella quale è soventi anche utilissima l'applicazione de' vescicanti è l'ischiade, sia essa semplice o complicata con altre malattie, massime poi se di origine reumatica, e se un po' inveterata e grave. Quando è recente e leggiera la può guarire anche con mezzi più semplici. Per giudicare il valore comparativo di questi due diversi metodi curativi valgono benissimo le due osservazioni che seguono:

Una giovane tabaccaia d'anni 25, di tempra sanguigno-biliosa, di buona costituzione, mestruata fin da 14 anni e sempre bene, fu ripetutamente ammalata per febbri, bronchite, congestione polmonare, metrite, aborti, iperemia cerebrale, risipola facciale; malattie trattate sempre con ripetute sanguigne: a 17 anni ebbe 8 salassi in pochi giorni: a 23 anni fu salassata 9 volte e ancora nel principio del 1864 tre volte. Entrò nell'Instituto clinico il 9 dicembre 1864 al N. 365, e dal memoriale storico scritto dal dott. Volenteri rilevo che da due mesi soffriva di un dolore continuo alla regione posteriore della coscia destra, che dalla natica estendevasi sino alla regione poplitea; esacerbavasi il medesimo per i movimenti, che perciò erano difficili; non le impedì però mai di fare ogni giorno la corsa di un chilometro da Torino al R. Parco dove lavorava; e tanto era intenso nella sera, dopo le fatiche del giorno, come al mattino, dopo il riposo della notte. Vi oppose alcun lieve purgante, ma senza averne ottenuto vantaggio di sorta.

Alla prima visita, oltre il dolore che alla pressione riconoscevasi assai pronunciato dall'incisura ischiatica al poplite destro, non vi erano altri disturbi funzionali che legger catarro gastrico e bronchiale. Prescrissi un'infusione di tiglio stibiata e cataplasmi emollienti con olio di giusquiamo sul luogo dolente. Con questa cura si ottennero abbondanti secrezioni per la mucosa gastro-enterica e

per la pelle: a capo di pochi giorni il dolore si limitava al punto di uscita del nervo ischiatico, e dopo sette giorni coll'uso di una semplice acqua imperiale nitrata scompariva affatto. All'epoca regolare (15 dicembre) comparve la mestruazione e l'ammalata, libera da ogni doglia, nulla soffrendo neppure ne' movimenti, dopo una permanenza di soli 13 giorni, lasciò l'ospedale. Fu notevole che scomparso il dolore restò per qualche giorno nella parte un senso di aura fredda, cosa per vero non infrequente.

Egualmente pronta fu la guarigione in un facchino di 33 anni, di tempra robusta, sanguigno-biliosa, il quale presentò un esempio di ischiade tre volte ripetutasi, ma sempre prontamente cessata. Egli non aveva sofferto altre malattie tranne il vaiuolo nell'infanzia, ed una febbre reumatica con eruzione furoncolare, per cui (?) a 25 anni gli furono praticati 6 salassi. Per le cause reumatizzanti in rapporto colla stagione e col mestiere ebbe il primo attacco di ischiade a destra nel mese di gennaio 1864, e ne guariva a capo di un mese, senza cura di sorta. Nell'autunno dello stesso anno ricomparve la medesima doglia ma fu anche più breve di prima e guariva senza alcuna cura. Il 28 gennaio 1865 dopo molte fatiche e l'azione di cause reumatiche fu preso da un dolore a tutto l'arto addominale destro, ma più specialmente risentito alla regione ischiatica e sacro-illiaca, al cavo popliteo ed anche al piede dietro il malleolo esterno. La violenza dei dolori, l'estensione loro l'obbligarono tosto a letto: ricorse all'applicazione empirica di due vescicanti al lato interno della coscia, e della gamba, da cui non ritrasse alcun vantaggio e per ciò il 3 febbraio ricorse all'ospedale. All'infuori del dolore succennato non vi era altro disordine funzionale. Col riposo, con larghi cataplasmi emollienti e sedativi, coll'acqua imperiale per

bevanda, i dolori scemarono da per tutto; solo persistettero con qualche maggiore intensità alla cresta illiaca posterior superiore ed alla regione trocanterica: sei mignatte applicate sul trocantere destro fecero pronta ragione di questo punto neuralgico: comparve da poi qualche doglia neuralgica lungo la regione inguino-crurale, e anche ad un punto intermedio tra la spina illiaca anterior superiore ed il gran trocantere, con senso di intorpidimento lungo l'arto: qualche frizione sedativa ed una mosca di Milano applicata al di sopra del destro trocantere, di più la comparsa di un furuncolo sulla natica destra restituirono all'ammalato perfetta salute, libertà e indolenza d'ogni movimento in 7 giorni di cura: dopo il 9° lasciò la Clinica.

Non voglio lasciar passare quest'osservazione senza trarne partito per dimostrare che e le mignatte, e i vescicatorii e le cruzioni spontanee giovano nella algia ischiatica solo in quanto che agiscono sulla provincia dei nervi malati: a distanza nulla fanno: il fatto lo dice.

Se nei narrati casi riusciva soddisfacente la prontezza della guarigione, sarebbe assai scoraggiante il seguente fatto, se la complicanza delle migliari non ci desse ragione della lunga durate di un'ischiade che pure colla costanza del malato e l'insistenza dell'arte alfine si vinse completamente. Un cocchiere d'anni 48, ammogliato, di tempra sanguigno-linfatica, di buona costituzione, macilente però, entrava in Clinica il 19 febbraio 1865 al num. 153. Dal memoriale storico scritto dal dott. Gustavo Pignal risulta che aveva sofferto di vaiuolo in età bambina, e quindi di cronica blefarite, indicata da milfosi tuttora presente: a 36 anni ebbe, a suo dire, una grave febbre infiammatoria, per cui si fecero 18 salassi e durò ammalato 40 giorni: era in allora soldato di cavalleria: a 45 anni sofferse di febbri intermittenti gua-

rite in 15 giorni. L'attualità morbosa poi era sorta da un mese e caratterizzata da dolori, limitati da principio alla colonna vertebrale (rachialgia), diffusi quindi da circa 20 giorni alla coscia e gamba destra, per cui era stato costretto al letto. La cura fatta con granelli omeopatici prima, poi con due vescicanti l'uno al lato esterno superiore della coscia, l'altro al polpaccio della gamba nulla gli aveva profittato.

Alla prima visita si constatò un dolore *ad sensum* ed alla pressione, che estendevasi dalla incisura ischiatica destra sin verso il malleolo esterno. Nessun organo od apparato era del resto notevolmente disturbato nelle sue azioni fisiologiche, solo erano in presenza leggier catarro buccale, inappetenza, stitichezza abituale, con un po' di tenesmo vescicale e orine cariche, brucianti; fenomeni che furono messi a carico di uno stato emorroidale, senza che però alcun tumore fosse evidente ai margini dell'ano. La temperatura era di 36 3|5. Nei primi giorni non vi fu nessun'altra cosa notevole, tranne il dolore prodotto dalle superficie vescicate, che si trovarono coperte di spesso strato cotennoso: questo dolore insieme alla cefalea compagna di una stitichezza che durava anche 8 giorni, cagionò insonnia e malessere generale. Col riposo, con medicazioni mollitive, colle frizioni di olio di giusquiamo, con un purgante oleoso, in pochi giorni si ottenne sensibile miglioramento. Essicata la superficie cutanea per rinnovazione dell'epidermide nei punti vescicati, reso libero l'alvo, al dolore ischiatico sottentrò leggiero un senso di freddo e di intormentimento lungo l'arto, e solo rimase un po' acuto e sensibile il punto doloroso al gran trocantere.

Il primo di marzo senza il concorso di cause evidenti la doglia ischiatica soffrì grave esacerbazione lungo tutto il corso del nervo. Otto mignatte all'origine sua ne cal-

marono il dolore nella località, ma più intenso si fece il medesimo al malleolo esterno: sei mignatte quivi applicate giovarono esse pure d'assai, ma la doglia si rese più molesta alla spina illiaca posterior superiore. Frizioni di giusquiamo e cloroformio, pillole di morfina e di aconito, ancora un purgante oleoso sedarono anche questi dolori, ma per a tempo soltanto.

Vista la persistenza dell'ischialgia volli ricorrere alla cauterizzazione dell'elice col ferro rovente: la prima, fatta il giorno 11 marzo, dette qualche sollievo e maggiore libertà ne' movimenti: la seconda, fatta la sera del 13, fu seguita da esacerbazione dolorosa talmente acuta, che fu giuocoforza ricorrere ad un'iniezione ipodermica di due centigrammi di cloridrato di morfina. Dopo due ore l'ammalato dormiva placidissimo sonno: tornò per altro il dolore specialmente lungo il corso dei rami peronei: il 16 marzo si applicarono sui punti più specialmente dolenti due mosche di Milano: appena cominciata la vescicazione cessarono come per incantesimo le doglie neuralgiche.

Da questo punto cangiò d'alquanto la scena patologica: cominciarono a comparire abbondanti sudori preceduti da alcuni brividi di freddo e senso di freddo trascorrente lungo l'arto malato: non fuvvi però mai alcun accesso febbrile dichiarato: i dolori si tennero leggieri con la belladonna e 'l cloroformio all'esterno, colla morfina e 'l giusquiamo all'interno, con qualche iniezione succutanea durante le esacerbazioni dolorose: continuando abbondante il sudore si cercò di secondarlo coll'aconito, e il 27 marzo cominciaronsi a vedere alcune migliari argentine alle regioni ascellari: il 29 si trovarono migliari sparse sul petto e alcune bianche, altre rosse; il 1° aprile si notò per di più qualche migliare pustolosa. Il polso era a 70, il respiro a 20, la

temperatura a 37. Le doglie neuralgiche, ricorrenti soltanto di tempo in tempo lungo i rami peronei, si sedavano presto con qualche iniezione ipodermica topicamente fatta. Internamente si continuò un'infusione di tiglio con tintura d'aconito e sciroppo di viole, seguendo il precetto altrettanto sano quanto antico — *quo natura vergit eo ducendum.*

Il 6 aprile l'ammalato era al quarto di porzione, e il 10 cominciava la desquamazione delle migliari. La ricorrenza vespertina ad ore fisse della neuralgia peroneale fece prendere l'indicazione di un gramma di persolfato di chinino. Non fece nè ben nè male. Gli accessi neuralgici ancora si ripeterono, non sempre in vero periodici. Il 14 si notò persistente la desquamazione su larga superficie della pelle e 'l 17 persistendo sempre abbondante il sudore si trovarono nuove migliari rosse alle regioni ascellari. Si continuò nell'uso dell'aconito ricorrendo ripetutamente al palliativo delle iniezioni sottocutanee. Il 22 aprile fuvvi una nuova esacerbazione dell'ischialgia all'incisura ischiatica, alla metà della coscia, al capo del perone, lungo il corso de' nervi peronei: quattro coppe scarificate furono applicate lungo il nervo sciatico ma con poco frutto. Giovarono maggiormente 12 mignatte applicate il 24 per metà al poplite e per metà al malleolo esterno. Questa fu l'ultima esacerbazione: durò da poi senso di freddo alla gamba e coscia, intorpidimento, facile stanchezza, edema ai malleoli, ma i dolori furono sempre più leggieri e facilmente domi con le ridette iniezioni. Nell'alzarsi dal letto il polpaccio della gamba destra si fece un po' dolente, e bene osservato si trovò denutrito. Cosa singolare! mentre lo stato generale della nutrizione andava progredendo in meglio, seguì opposte fasi trofiche il polpaccio della gamba malata: il 30 aprile il polpaccio

destro misurava centim. 25, il sinistro 26, il 13 maggio il polpaccio destro misurava centim. 24, il sinistro 26, e notisi, mentre il peso totale del corpo segnava il 2 maggio grammi 58,800 trovaronsi il 13 dello stesso mese grammi 60,000. L'ammalato lasciò l'ospedale in quest' ultimo dì, dopo una permanenza di 83 giorni: camminava con qualche stento e fatica senza l'appoggio del bastone, ma pur camminava; e 'l sol riposo della notte bastava per calmargli quell'addolentamento cupo che il camminare e lo stare i piedi gli cagionavano.

Non fu questo per avventura uno di quei casi di migliare lenta apirettica che alcuni si compiacquero di negare? La neuralgia ischiatica non ne fu forse una semplice rappresentanza sintomatica? Per me non esiterei ad ammettere l'una e l'altra proposizione avvegnachè, di casi simili, altri ricordi osservati nella mia pratica: in un giovane diplomatico insieme coi colleghi miei Bruno e Sella ebbi a constatare una tormentosissima neuralgia lombo-addominale ed ischiatica, con rachialgia, in rapporto colla migliare; e vidi quelle algie esacerbarsi quantunque volte di quest'esantema nuove eruzioni avvenivano; e furono molte, attalchè la malattia durava qualche mese (1).

Molte sono le malattie che possono complicarsi coll'ischialgia; ma a volte, come nel caso sopra esposto, questa è di quelle un semplice sintomo: a volte una vera successione morbosa; in una contadina della clinica sviluppossi ad esempio un'ischiade destra soltanto nella convalescenza di febbre migliarosa con localizza-

(1) Di quest'osservazione il Sella dette minuto ragguaglio all'Accademia nostra medico-chirurgica, nella seduta del 22 marzo 1867: alla comunicazione teneva dietro un'animata discussione sul morbo migliare, alla quale volontieri rimando chi legge.

zione pleuro-polmonare: e in altri casi ancora la stessa neuralgia può essere ad un tempo espressione sintomatica di più d'una condizione morbosa; come nel seguente caso in cui ebbe luogo ischiade ad un tempo sintomatica di uno stato nervoso generale e di un'antica cicatrice lasciata da ferita d'arma da fuoco.

Un legatore da libri d'anni 38, di tempra bilioso-sanguigna, di robusta costituzione, mentre militava, nel 1849, fu colpito da una mitraglia che gli cagionava due ferite; l'una al capo che gli lasciò continue doglie in questa parte, l'altra alla regione glutea destra con lesione del femore che lo rese malconcio, storpio e zoppicante, con dolori pressochè continui lungo il corso del nervo ischiatico destro, e massima suscettibilità nervosa generale, aggravata ancora da moltissimi salassi, che d'allora in poi, in varie ricorrenze morbose febbrili, (a quanto pare furono endocarditi, pericarditi e simili), contò per dozzine: una volta ebbe 15, altra volta 16, e anche 17 salassi in una sola malattia!! I medici che il curarono non dovettero riconoscere cambiate le costituzioni mediche, siccome piace a coloro che da questo cambiamento vorrebbero derivare l'attuale moderazione nell'uso della flebotomia!! Quando riparò nella clinica, il 20 maggio 1865, al num. 154, da tempo trovavasi in preda a cefalea gravativa, crampi alle estremità, senso di stringimento e di oppressione nell'atto del respiro, dispnea, ortopnea, cardiopalmo, tosse con accessi soffocativi (asma), dolore stringente alla base del costato irradiantesi lungo il nervo ischiatico destro ed anche all'arto toracico corrispondente. Temendo di essere ancora salassato esitò prima di ricorrere all'arte: infine riparossi nell'ospedale, quando proprio non ne poteva più.

Alla prima visita trovossi una temperatura di 38 gradi, cefalea gravativa, con dolore cervico-parietale sinistro

corrispondente ad una cicatrice aderente; faccia suffusa, crampi alle estremità, dolore lungo tutto il nervo ischiatico destro, specialmente sensibile in alto verso la regione pelvi-trocanterica, dove corrispondeva un informe cicatrice pure aderente, la quale limitava i movimenti della giuntura femoro-cotiloidea. Misurato l'arto inferiore destro si trovò più lungo del sinistro di due centimetri. Grave era l'oppressione di petto, con esofagismo e gastralgia; la respirazione frequente a 24 p. minuto: torace in alcuni punti ottuso, in altri più del normale risuonante con rantoli secchi ed umidi disseminati, espirazione prolungata e oscurità di rumor respiratorio vescicolare (catarro bronchiale con enfisema e congestione). Il polso era piccolo, stretto, oscuro, con frequenza a 70: l'impulso del cuore moderato con timbro metallico; più oscuri però a sinistra i suoni cardiaci, più chiari a destra: area epatica e splenica molto estese. Fu diagnosticato un dissesto di circolazione venosa per effetto di accessi astmatici dipendenti da catarro bronchiale con enfisema polmonare; ed uno stato di iperestesia generale con neuralgie meccaniche al gran nervo occipitale sinistro ed all'ischiatico destro.

Prescrissi una pozione con estratto di lattuca — acqua coobata di lauro ceraso e sciroppo diacodio, e 'l giorno dopo feci applicare 14 mignatte ai vasi emorroidali. Con tutto ciò non si impedivano due gravi accessi astmatici, ortopnoici, che a breve distanza si seguirono nella notte del 21. L'alvo essendo chiuso da qualche giorno, ordinai venti centigrammi di polvere di belladonna e cinquanta centigrammi di calomelano divisi in cinque cartoline: non si ebbero evacuazioni alvine: il 23 e 24 si ripetè la stessa prescrizione e con soddisfacente risultamento. Lo stato generale presto migliorò e anche la neuralgia occipitale e l'oppressione di petto. Perdurò più molesta

l'ischialgia, per cui si ricorse alle topiche iniezioni ipodermiche : cinque di queste operazioni con due centigrammi di cloridrato di morfina ciascuna, in cinque giorni fecero cessare completamente l'ischiade, dettero tranquilli sonni senza altri accessi astmatici; e dopo 10 giorni permisero al malato di lasciar l'ospedale, reggendosi però sulle grucce, cui aveva preso abitudine per la notata cicatrice della natica: con una forma morbosa così imponente il vantaggio non poteva essere più pronto e segnalato ; e 'l risultato mostrò anche a *posteriori*, che la neuralgia non era esclusivamente dipendente da causa materiale o meccanica; chè così facilmente non sarebbe cessata colla cura fatta.

Spasimi. — Discorrendo delle neuralgie già ho notato un caso in cui insieme alla lesione del senso (neuralgia), v'era la lesione del moto (paralisi saturnina), passo ora a discorrere più specialmente delle malattie nervose con lesione di moto, e prima d'ogni altra dirò degli spasimi. Seguendo la nota distinzione degli spasimi in clonici e tonici accennerò a quelli prima, a questi poi : e lasciando per ultima la trattazione delle neurosi miste propriamente dette , esporrò i fatti osservati di spasimi più o meno semplici , cominciando da una *corea parziale* ; interessante osservazione e in se stessa, e per le accidentalità patologiche che occorsero nel decorso della malattia principale.

Un contadino d'anni 16, di mediocre costituzione fisica, macilento assai, con tempra nerveo-biliosa, entrava nell'Instituto clinico il 17 maggio 1865 al N. 151. Al dottore Bogliolo che ne raccoglieva i dati anamnestici narrava di essere stato vaccinato con successo, e di aver sofferto nelle prime età di rosolia e di tosse asinina. Da poi non sofferse mai altra malattia tranne ricorrenti cefalee delle quali liberavasi infine con due sottrazioni di

sangue. Confessò inoltre di essersi da tre anni molto abbandonato alla venere solitaria.

L'attuale malattia aveva avuto origine da 20 giorni, dopo una caduta nell'acqua di una bealera col corpo arrovesciato sul destro lato: fosse il patema d'animo sofferto o l'umidità presa, fatto sta che tosto fu preso da continui brividi di freddo con accessi febbrili leggieri ricorrenti ogni mattino. Continuò ciò non pertanto nei suoi lavori campestri fino a tanto che il presero movimenti sussultorii continui a tutto il lato destro del corpo, a forma di ballismo, che il costrinsero a mediche cure. L'arte intervenne e cinque salassi *coup sur coup* furono fatti, e assafetida e china furono date. Quest'ultima troncò gli accessi febbrili. Ma i movimenti clonici disordinati a tutta la muscolatura del lato destro del corpo continuarono senz'altro, e alla prima visita si potè tosto riconoscere la presenza di corea parziale emilaterale. I moti del cuore erano disordinati e frequenti, con leggier soffio dolce all'orifizio dell'aorta (anemia per abuso di salassi) e timbro metallico. I polsi a 90: la temperatura 37: leggiera cefalea frontale con oscuramenti di vista: marcata iperestesi alla colonna vertebrale in corrispondenza dell'intumescenza cervicale del midollo spinale: iperestesia con algia lungo il corso del nervo mediano destro: ventre tumido, un po' dolente: anoressia: del resto nulla di rimarchevole: respirazioni 24.

Si prescrissero bagni generali tiepidi con fomentazioni fredde sulla fronte e internamente il valerianato d'ammoniaca prima a 2 poi sino a 6 grammi al giorno nell'acqua zuccherata. Dal 18 al 25 maggio li spasimi coreici andarono via via scemando: si notò però a volte leggiera corea dell'occhio destro (strabismo vago) e singhiozzo (corea del diaframma), e faringismo; nel diminuire di intensità li spasimi clonici diminuirono

anche di estensione: fin dal 21 dessi si erano limitati alla mano destra. A volte però per qualche emozione o fatica, come quella leggerissima prodotta p. e. dall'alzata dal letto, si riprodussero alcuni moti disordinati: il 26 si prese l'indicazione dell'ossido di zinco (grammi 1 per 10 cartoline).

Nella sera del 27 più dell'ordinario si rese intensa l'algia del nervo mediano diffusa a tutto il plesso bracciale destro e sue diramazioni. Allo scopo di sedare questo dolore prescrissi un'iniezione succutanea di idroclorato di morfina: per isbaglio fu iniettato un centigramma di valerianato d'atropina, ed ebbe luogo avvelenamento (1).

Dopo pochi istanti l'ammalato cadeva in uno stato di letargo, perdita della coscienza, agitazione, delirio, colorito scarlatinoso della pelle, frequenza straordinaria di polsi (120), carpologia, spasimi dei muscoli della faccia, occhi stravolti, sguardo feroce, pupilla dilatata, disfagia,

(1) Eulenburg nel suo recente lavoro sulle iniezioni ipodermiche (1867) cita casi in cui dosi troppo forti di rimedii portarono fenomeni di avvelenamento: Nussbaum, Spencer Wells, Feith riferirono casi in cui questi fenomeni seguirono alla puntura di una vena, occorsa nell'atto dell'iniezione ipodermica, e quindi al diretto passaggio del rimedio nel circolo sanguigno (V. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 6 mai 1867): nel caso di Feith 1[6 di grano di idroclorato di morfina penetrato in una vena succutanea bastò per dare tosto svenimento e moti convulsivi: la puntura della vena venne diagnosticata dall'emorragia occorsa. Nel caso che ho narrato non essendo occorsa emorragia credo che l'avvelenamento sia stato effetto della dose troppo alta e non del passaggio diretto dell'atropina nel circolo sanguigno.

La possibilità di pungere una vena nelle iniezioni ipodermiche, e i pericoli che ne vengono, vogliono essere attentamente scansati dal pratico che intende di praticare questo modo di medicazione: non per altro che per avvisarne gli esercenti ho scritto questa annotazione.

idrofobia, estremità freddicce, temperatura all'ascella un po' superiore al normale, il termometro però stante l'agitazione non si potè applicare: respiro a 24. Fu tosto applicato il ghiaccio sul capo, l'ammalato fu guardato a vista, e per neutralizzare li effetti dell'atropina si amministrarono thè e caffè, ad un tempo per bocca e per clisteri.

La notte fu insonne con delirio leggiero: interrogato l'ammalato rispondeva, ma tosto ricadeva nel letargo: riconosceva le persone ma non era capace di attenzione nè di iniziativa alcuna: continuò la disfagia e la midriasi: si notò la cessazione completa dell'algia bracciale e della corea: la temperatura si rese presto normale. Il 28 il polso era ridotto a 72, la pupilla meno dilatata, la disfagia cessata; l'intelligenza prese poscia gradatamente il suo dominio. Il 29 erano scomparsi anche i più piccoli segni di avvelenamento: nè le neuralgie, nè li spasimi più ricomparvero, che per leggierissimi sussulti ricorrenti; si riprese l'ossido di zinco onde assicurarci contro una facile recidiva della corea: l'intiera dose fu di sei grammi.

Sul principio di giugno il ragazzo sofferse di varicella pustolosa che in otto giorni percorse tutti i suoi periodi, dalla febbre di invasione alla essicazione; questa successione morbosa non disturbò per nulla la convalescenza della corea, della quale uscì perfettamente libero, dopo un mese di permanenza nell'ospedale. *Malheur à quelque chose est bon*, dice il proverbio, e l'accidentale avvelenamento ci mostrò: 1° la somma efficacia, anzi l'azione velenosa del valerianato di atropina anche alla dose di un solo centigramma; 2° la prontezza de'suoi effetti dopo una iniezione succutanea; 3° quali sieno i fenomeni che caratterizzano l'atropismo; 4° come breve possa essere la loro durata; 5° con quali semplici mezzi dell'atropina si possano moderare gli effetti, e neutralizzarne l'azione;

6° quanto utile possa ricavarsi da questo rimedio contro spasmi e neuralgie; 7° quanta precauzione però e misura si vogliano nell'uso pratico di così potente agente medicamentoso, che può essere àncora di salute o stromento di morte, rimedio o veleno per differenze di dosi d'altronde piccolissime.

Se nel caso esposto l'atropina riuscì utile previi sintomi di avvelenamento, a dosi più ripartite in altro caso di corea lo stesso rimedio aveva già prodotti rimarchevolissimi effetti benefici. Anche questo caso pratico merita di essere conosciuto nelle sue particolarità curiosissime per comparizione di fenomeni nervosi tra loro diversissimi, spasimi, paresi, neuralgie.

Una giovane cameriera d'anni 19, nubile, di temperamento sanguigno-bilioso, di buona costituzione, entrava in Clinica il 21 marzo 1865 al N. 350, letto assegnato allo studente Pagni, allievo dell'Instituto. Essa narrava di avere sofferta la tosse asinina, e quindi ripetute febbri periodiche che nel suo paese sono endemiche (Mortara). Queste febbri non impedirono la manifestazione della mestruazione fin dal 13° anno, e la regolare ed abbondante continuazione di questa funzione sino a 18 anni, epoca in cui rimase incinta: durante la gravidanza fu salassata 4 volte: dopo il parto, in conseguenza di dispiaceri che la piombarono in grave melanconia, la mestruazione fu sempre più scarsa e di minor durata, e cominciarono le attuali sue sofferenze. Vale a dire cefalea con dolore specialmente localizzato alla regione sopra orbitale destra, senso di abbattimento e stanchezza generali con intorpidimento del braccio, della gamba destri, che le sembravano gravi e pesanti più del consueto: i movimenti della lingua non obbedivano più perfettamente alla volontà e nell'arto superiore destro avveniva spesso un tremolio, uno spasimo clonico cui la volontà

non era capace di dominare: li stessi movimenti volontarii riuscivano disarmonici e disordinati. Prese alcuni rimedii nervini sedativi, fece qualche bagno tiepido, n'ebbe temporaneo vantaggio ma non durò e dopo quattro mesi prese finalmente il partito di correre all'ospedale.

Alla prima visita si trovava in corso di mestruazione e le sue sofferenze eransi anzichenò aggravate: persisteva la cefalea ed esacerbavasi d'assai alla pressione il punto neuralgico sopraorbitale destro: i movimenti della lingua lenti e stentati; nel trarla fuori dalla bocca la sua punta convergeva involontariamente e permanentemente a sinistra: dolente il plesso bracciale destro e le sue diramazioni, con ispasimi clonici, coreiformi, corrispondenti a tutto l'arto; senso di gravame e impotenza all'arto inferiore destro con difficoltà e disordine dei suoi movimenti: senso di ristringimento alla base del costato, con dolori che si esacerbano alla pressione delle regioni lombare, sacro-illiaca e ovarica destra (neuralgia lombo-addominale). I movimenti del cuore irregolari, disordinati, senza rumori anormali ned altri segni di lesione organica: polsi irregolari, saltellanti ma poco frequenti, a 60. Temperatura ascellare a 36 3|5: leggier catarro gastrico, anoressia, disoressia, nausee: nulla di anormale negli organi della respirazione e nell'apparato uropoietico. Diagnosticai una congestione parziale con irritazione ed oppressione funzionale al mesocefalo ed al midollo spinale; e per compensare l'insufficienza della mestruazione prescrissi tosto sanguisugio dai vasi emorroidali: notevole ne fu il vantaggio: e un bagno generale fatto il 23 marzo dette anche sensibile miglioramento: scemarono le neuralgie colle fregazioni di giusquiamo e cloroformio: persistette la corea, parziale sempre. Il 25 marzo alle ore 9 antimeridiane si fece un'iniezione ipodermica all'ascella destra con un

milligramma di valerianato d'atropina. Nella sera la pupilla trovossi dilatata e i moti coreici di molto ridotti. La stessa iniezione fu ripetuta il 26, il 28, il 29: sorsero oscuramenti di vista insieme colla permanente midriasi, ma il 31 marzo i movimenti coreici erano circoscritti alla mano destra, e braccio e antibraccio godevano di movimenti regolari ed ordinati, il tremolo era cessato affatto. Qualche altra iniezione e bagni generali completarono la cura: persistendo però un po' di gravame di capo e di intorpidimento per oppressione di forze agli arti destri si prescrissero a scopo rivulsivo ed emmenagogo le pillole di gommi ammoniaco della farmacopea.

È notevole che la temperatura del braccio e mano destri col termometro si trovò minore di quella del lato sinistro. L'esplorazione elettrica mostrò perfettamente normale la sensibilità cutanea e l'irritabilità muscolare tanto dal lato sano come dal lato malato.

L'andamento del fatto morboso fu un progressivo miglioramento: solo la prosopalgia mostrò alcune esacerbazioni periodiche che si vinsero col valerianato di chinino. L'ammalata uscì dall'ospedale dopo una permanenza di soli 25 giorni; essa era padrona di tutti i suoi movimenti i quali però in complesso erano come imbarazzati: per altro nulla più soffriva.

Più numerosi furono gli esempi di spasimi tonici, anch'essi parziali, e colle forme della così detta tetania o contrattura. Cinque casi ne osservai; un solo nel sesso maschile, quattro nel femminile: tutti in individui di giovane età (13-14-18-26 anni). Relativamente alle professioni vi fu un sarto, una filatoiaia, una tessitrice, una tabaccaia ed una donna di casa. L'andamento ne fu piuttosto breve, gli ammalati guarirono in 2, 4, 6, 19 giorni. Relativamente alla stagione due occorsero in gennaio, due in marzo, uno in giugno. In ordine

alla loro patogenia, sintomatologia e cura, ecco i fatti: il sarto entrava all'ospedale in giugno per una febbre reumatica leggiera che in pochi giorni guariva con pozioni stibiate: al 10° giorno di permanenza nell'ospedale, mentre di quella era convalescente, di notte tempo senza conosciuta causa, fu preso da contrattura dolorosa ad ambe le mani ed alle antibraccia, con cefalea e leggierissimo grado di febbre: coll'uso della tintura d'aconito (0,30) unita al laudano (0,50), in due soli giorni cessava senz'altro questo accidente morboso che nell'individuo non aveva precedenti. Ne prese notizia nel memoriale clinico il dott. Martelli.

La tabaccaia per contro, già due anni prima in seguito a spavento aveva sofferto di tetania alle 4 estremità, ricorrenti ad accessi più volte al giorno, stata curata con salassi e antispasmodici e con una permanenza di due mesi nell'ospedale. Ora da 15 giorni senz'altra causa apparente che l'età pubere (14 anni) e 'l difetto di benefizi lunari, sarebbe stata presa di nuovo da accessi simili di contrattura alle quattro estremità, ricorrenti per doppio accesso giornaliero della durata di due ore, uno al mattino per tempo, l'altro a sera inoltrata. Alla prima visita non presentò altri disordini funzionali che leggiera cefalea gravativa, offuscamento di vista, cardiopalmo. Col riposo, col regime, con l'uso di una bevanda cianogenata cessarono questi sintomi: in sei giorni di permanenza nell'ospedale ebbe luogo un solo accesso di contrattura alle ore 8 di sera, limitato alle estremità superiori e della durata di soli 10 minuti. La prontezza della guarigione con una cura quasi del tutto negativa lasciò sospetto di qualche causa morale non confessata, massime che l'altra volta uno spavento aveva determinata la stessa forma morbosa, soltanto più intensa, più grave e più lunga. Il fatto fu notato nel diario clinico dal dott. Giuseppe Silvani.

Nella donna di casa, persona forte e ben nodrita, la tetania era in rapporto con una gravidanza a termine e con un reumatismo muscolare sofferto tre mesi prima. Non aveva avuto mai precedenze morbose di simil fatta, regolarmente ed abbondantemente mestruata contava già due altre gravidanze del tutto felici: se ora da tre mesi era sofferente, lo era per istrapazzi, eccessive fatiche e influenze di cause reumatizzanti: la malattia cominciava colle forme di un reumatismo muscolare febbrile per cui le si facevano 4 salassi; questi non la liberarono completamente dalle rigidezze dolorose che soffriva lungo le estremità, le quali crebbero anzi sino a costituire vere contratture anche dolorose e ricorrenti irregolarmente ora in questo ora in quell'arto: ed a volte anche limitate a qualche muscolo. Per dure necessità trascurossi sempre, fino a tanto che comparvero forti dolori e spasimi addominali ed uterini.

Alla prima visita non si trovò alcuna funzione essenzialmente lesa, polsi a 68, temperatura a 37. L'utero arrivava sino alla regione epigastrica, dolorosissimo alla pressione, con contrazioni pur esse dolorose, ricorrenti a intervalli, senza alcun indizio di incipiente dilatazione nel collo della matrice: crampi dolorosi con contrazioni ora dall'uno, ora dall'altro dito delle mani o dei piedi, a volte contrattura di tutto un arto, massime se l'ammalata tentava di fare movimenti. Le prescrizioni furono — un bagno tiepido generale prolungato — acetato di morfina nell'acqua di camomilla, pomata di belladonna sul ventre, clistere con laudano. Il miglioramento fu pronto. Dopo 4 giorni la guarigione era perfetta ed essendo il collo uterino in via di dilatazione progressiva, la donna, stante l'imminenza del parto, fu inviata alla Maternità. Di questo interessante fatto tenne registro il dottore Alloatti.

Egli è naturale che nella sua patogenia si metta in conto di influenza causale la gravidanza, la quale, massime per i dissesti meccanici di circolazione venosa spinale che ne dipendono, facilmente dà luogo a questa forma morbosa, la contrattura. Chi però tendesse a peccare di esclusivismo in ordine a quest'eziologia, mediti la seguente osservazione.

Una tessitrice d'anni 26, fin dall'età di 10 anni fu presa da contrattura alle estremità superiori, che per essersi accompagnata in allora con un dolore pleuritico sinistro fu trattata con 7 salassi. Da poi sino a 16 anni ebbe a soffrire di tali contratture ad ogni primavera. Mestruata, per qualche tempo cessarono; si riprodussero poi, ma in grado leggiero: maritata a 21 anno ebbe in cinque anni cinque gravidanze e per tutto questo tempo non ne sofferse più ombra. Quando entrò nell'ospedale non era incinta, eppure da un mese soffriva di lieve contrattura alle estremità superiori con senso di stringimento doloroso alla base del costato e doglia cupa lungo il midollo spinale, che risentivasi dolorosamente anche alla pressione. Del resto nessun disordine funzionale: temperatura a 37. Si notò che le dita erano flesse forzatamente: e che i muscoli estensori erano dolorosi e rigidi. Due soli bagni generali tiepidi calmarono questi spasimi: dopo quattro giorni l'ammalata lasciava l'ospedale (11 marzo). Il dott. Gallina raccoglieva questo fatto morboso che tenni come curioso specialmente per la ricorrenza degli accessi in primavera, e per l'indipendenza dei medesimi dalle funzioni uterine.

Proverebbe la stessa indipendenza anche la quinta osservazione scritta dal dottore Aimone: una filatrice d'anni 13, gracile, cachettica, macilentissima, linfatica, entrava in Clinica il 6 gennaio 1865: essa accennava a malattie sofferte che non seppe definire: che in qualche

epoca della sua vita avesse potuto soffrire di qualche neuropatia, si dedusse dalla presenza di un leggiero strabismo convergente. Ora da otto giorni si disse affetta da febbri ricorrenti a tipo quotidiano con crampi e contratture alle mani, all'intutto passeggieri, con abituale senso di stringimento e oppressione alla base del costato e rigidezza dolorosa alle estremità inferiori. Nell'apiressia notossi cefalea frontale, insonnia: cardiopalmo con timbro metallico, anoressia, dispepsia: durante li accessi febbrili si trovò una temperatura di + 38 ed anche 38 2|5 con 108-12 e persino 132 pulsazioni e 28-32 respirazioni: nell'apiressia la contrattura era leggiera, rappresentata appena da forzata adduzione dei pollici: negli accessi gli arti superiori presentavano per contro generale involontaria flessione: il sudore notturno sempre abbondante scioglieva questi spasimi quasi per intiero. Visti inutili e la dieta rigorosa e il riposo e le bevande cianogenate, contro la febbre periodica quotidiana l'11 gennaio si prescrisse il persolfato di chinino, che fu ripetuto il 12 e il 14. In complesso ne furono dati tre grammi: per essi la febbre fu doma e cessò la contrattura, persistendo solo l'adduzione forzata dei pollici che gradatamente scomparve essa ancora fin dal giorno 16 gennaio. L'ammalata lasciò l'ospedale il 25 dopo una permanenza di 25 giorni, a bella posta prolungata per soddisfare all'indicazione di una cura ricostituente col mezzo di un vitto riparatore e nutriente, cui la misera non era abituata affatto.

Volendo indagare l'eziologia della tetania dietro i fatti narrati, cui vorrei aggiungere anche i tre riferiti nel precedente rendiconto (V. pag. 171), manifestamente si scorge che questa forma se non la perdona nè a sesso, ned a età, ned a temperamento, ned a costituzione, la è per altro più frequente nelle donne, nelle persone

giovani, nei temperamenti nervosi-misti, nelle costituzioni grame, deboli, cachettiche, affralite, le quali alla mobilità nervosa accoppiano minore resistenza alle cause sieno morali o fisiche; tra le quali ultime, come occasionali, paiono più specialmente meritevoli di attenzione le cause reumatizzanti. Causa prossima della tetania pare sia poi un'irritazione spinale o nervosa pura o congestizia (iperemia venosa) o reumatica (reumatismo spinale): la presenza di questa irritazione più o meno intensa, più o meno estesa sarebbe dimostrata dalle sofferenze spinali, dall'iperestesi, dalla rachialgia, dal senso di strettura alla base del torace, dalle forme morbose febbrili che a volte si associano agli accessi più gravi di contrattura; la quale, naturalmente essendo di diversa indole, può vincersi con diversi metodi di cura, come ben dimostrano le osservazioni citate in questo e nell'altro mio rendiconto: osservazioni che mentre rivelano in questa forma morbosa prevalente il disordine del movimento (spasimo), indicano pure contemporanea lesione di senso e quindi la sua indole mista, quantunque nelle scuole e nelle classazioni nosologiche la tetania si voglia dire pura neurosi di moto.

Neurosi miste di senso e di moto sono pure le *vertigini* le quali, massime se caduche, formano quasi un leggier grado di epilessia, e possono, aggravandosi, cangiarsi in vera epilessia, quando non riescano alla apoplessia.

Due casi di vertigini occorsero in clinica: il primo nel mese di giugno in una vedova d'anni 50, filatrice, di tempra biliosa, di costituzione robusta, con abito cefalico e broncocele; essa non ricordò malattie rilevanti sofferte nelle età passate: mestruata a 15 anni, godette sempre di scoli mensili regolari ed abbondanti per 4 giorni. Ebbe sette gravidanze ed un aborto. L'ul-

tima gravidanza a 37 anni: la mestruazione durò sino al 49°. Nell'autunno del 1864 la mestruazione mancò per tre mesi: ricomparve nel gennaio 1865, ma di poi cessò affatto, e da quell'epoca, all'incirca da 5 mesi, cominciò un generale malessere, con peso al capo, gastralgia, anoressia, dispepsia, flatulenze, vapori, irascibilità, melanconia, morale inquietudine pria mai provata: di tempo in tempo poi insieme alle vampe calorose al capo, senso di stringimento all'epigastro ed al collo, offuscamenti di vista, vertigini, formicolii alle estremità, momentanea perdita di sensi: durante questi capogiri se l'ammalata non avesse cercato di prendere qualche appoggio, sarebbe caduta al suolo. E simili accessi, rari da prima, si fecero in seguito a segno frequenti da impedirle il lavoro: fu questa la ragione per cui ricorse all'ospedale. Alla prima visita all'infuori di questi segni e sintomi soggettivi altro non si trovò che la presenza di un leggier catarro gastrico per cui furono prescritte cartoline di magnesia; e leggier grado di iperemia capitale per cui consigliai pediluvii senapizzati con bagnuoli freddi sul capo. Coll'astinenza dai cibi, col riposo, con questi compensi curativi, cui aggiunsi pillole aloetiche per muovere l'alvo, dopo soli undici giorni l'ammalata lasciava l'ospedale perfettamente ristabilita. All'oggetto di prevenire nuovi attacchi di vertigini consigliai la continuazione delle pillole e dei pediluvii succennati.

Il secondo caso l'osservai in agosto e fummi presentato da un flebotomo, anch'esso vedovo, di anni 63, di robusta costituzione, con abito cardio-cefalico pronunciato. Abitualmente pletorico, fu soventi salassato; in genere, disse, due o tre volte all'anno: con ciò non ebbe a soffrire malattie di rilievo: però da due anni, per gravi dispiaceri sofferti, va soggetto a vertigini caduche con

perdita della conoscenza, che lo prendono per accessi e durano un minuto; se cade si rialza di botto: gli accessi sono per lo più seguiti da epistassi. Dopo un ultimo accesso avvenuto pochi giorni prima, della solita durata e colla solita epistassi consecutiva, sofferse però sempre di cefalea gravativa, crampi alle estremità, formicolio, sussulti di tendini per cui credette necessario ricorrere all'ospedale. Alla prima visita si riconobbe stato pletorico con iperemia cefalica; i polsi duri, resistenti, l'impulso accresciuto, forte ed esteso del cuore, l'età, fecero diagnosticare ad un tempo ateromasia arteriosa e leggiera ipertrofia cardiaca. Con una bottiglia d'acqua di sedlitz, e un sanguisugio dai vasi emorroidali, cessavano e crampi e sussulti e cefalea: si prescrissero anche in questo caso pediluvi senapizzati — bagni freddi sul capo -- pillole aloetiche. A capo di venti giorni il malato usciva dall'ospedale in ottimo stato. Il miglioramento ottenuto avrà continuato? Se consideriamo le condizioni di pletora costituzionale e di ateromasia arteriosa, ben a ragione puossene dubitare, essendo appunto quelle due condizioni riunite causa di vertigini abituali nell'età senile de' maschi e all'epoca critica delle donne; accessi di vertigini che continuando e crescendo possono benissimo terminare con veri accessi convulsivi apopletici (epilessia pletorica di alcuni — secondo me eclampsia). Con ciò non intendo punto negare l'esistenza di vertigini dipendenti da opposte cagioni, da anemia per esempio, da puro stato nervoso, delle quali ebbi esempi non pochi nella mia pratica, e che naturalmente con opposto metodo vogliono essere curate. Tali a volte occorrono vertigini nelle persone deboli, clorotiche, nei letterati, negli ipocondriaci, nelle isteriche, che col ferro, colla china e colla valeriana vogliono essere curate anzichè coi rivulsivi e derivativi: e ciò si capisce, avve-

gnachè la vertigine non sia altro che una forma morbosa, un sintomo che può esprimere assai diverse condizioni patologiche, come sono ad esempio una saburra gastrica, uno stato di nervosismo, un'iperemia, un'oligoemia e va dicendo.

Epilessia. Sino ad un certo punto eguale è il concetto che ci dobbiamo formolare intorno a questa malattia nervosa, la quale tuttochè abbia ne' quadri nosologici un posto separato e sia considerata come un'individualità patologica distinta, tuttavia è ben lungi dall'essere sempre attinente ad un'unica condizione patologica, potendo questa essere anzi assai disparata, come dimostrano i casi seguenti.

Sette furono i malati epilettici nella clinica: due nelle donne, cinque ne' maschi. Per rapporto all'età il più giovane era un maschio di 14 anni, le più avanzate erano le donne, una di 34, l'altra di 35 anni; de'maschi il più innoltrato nell'età aveva 27 anni. Fra i maschi trovai un contadino, un sellaio, un falegname, un sarto, un fabbro-ferraio. Delle donne l'una era levatrice, l'altra non aveva alcun mestiere. E l'una e l'altra erano maritate: dei 5 maschi tre erano celibi, due ammogliati. Dei maschi tre stettero nell'ospedale pochi giorni e uscirono senza che la cura avesse potuto riuscire a nessun risultato positivo: degli altri due la permanenza fu lunga, ma in uno senza risultato, nell'altro con esito fatale. Delle due donne la permanenza fu pure lunga, e la cura dette qualche risultamento favorevole, la sospensione, l'allontanamento degli accessi: entrambe però uscirono dall'ospedale senza essere affatto guarite, una anzi affetta da alienazione di mente: questi dati statistici sono per vero poco incoraggianti dal lato pratico; quanto agli studi scientifici della malattia in discorso gli è necessario passare in rapida rassegna i fatti osservati.

Il sellaio era un giovanetto di 14 anni, di buona e robusta costituzione, del peso di 47,450 grammi, di tempra sanguigno-biliosa, con capo molto grosso, dato ad una vita sedentaria, nato da parenti sani, e da famiglia in cui non sapevasi esistere alcun epilettico. Di malattie essenziali altre non ricordò che febbri gastriche e verminose, curate sempre con purganti ed antelmintici e vinte in due o tre giorni. La sua madre raccontò che all'età di un anno sofferse convulsioni, che per essere state passeggiere non furono tenute in alcun calcolo: da poi non soffrì altri accessi nervosi sino all'8° anno, epoca in cui, trovandosi fuori di casa, fu colpito da spasimi e contratture, prima al braccio destro, poi al sinistro e successivamente al tronco ed alle estremità inferiori, per cui cadde al suolo privo di sensi, con trismo, convellimenti dei muscoli della faccia, flessione forzata delle dita e delle antibraccia, insensibilità completa. Tale accesso durò un quarto d'ora: tosto dopo riprendeva i sensi: nel giorno successivo previo un purgante evacuò buona copia di elminti (ascaridi lombricoidi), e credendo che questa fosse stata la causa dell'accesso convulsivo, più non ci si badò. Dopo tre anni si ripetè un altro accesso accompagnato da eguali fenomeni, ma un poco più lungo del primo: e dopo altri due anni un terzo accesso tenne dietro ai due primi, tutti diurni e caduchi. Un quarto accesso seguì a capo di un anno e fu nel maggio 1864: questo occorse di nottetempo, mentre era a letto, e ne fu data causa a buona copia di latte e polenta con che aveva fatta la sua cena: l'accesso ripetevasi con cinque attacchi a breve distanza l'uno dall'altro e cessava dopo vomiti e evacuazioni di parecchi elminti. Da poi ebbe altro accesso in settembre ma meno intenso e un ultimo ancora il 21 dicembre, otto giorni prima della sua entrata nell'ospedale, e sempre colla

stessa forma sintomatica: in complesso notò la madre, che, ripetendosi ad intervalli sempre minori, gli accessi si fecero anche più gravi e che dopo l'accesso suo figlio rispondeva confusamente: egli confessò che per qualche ora il capo gli restava pesante e grave: sulle cause morali o fisiche che potevano aver determinata questa malattia nulla si potè sapere di positivo, tutto si attribuiva agli elminti intestinali ed è perciò che l'unica cura fatta era stata quella dei purganti e degli antelmintici: fiscaleggiando però si potè sapere che quantunque il ragazzo, affatto impubere ancora, non si fosse mai abbandonato ad eccessi di onanismo, tuttavia alcuni accessi si erano riprodotti dopo l'atto della manustuprazione. All'esame obbiettivo nulla si riconobbe di notevole, tranne un leggier grado di sordità, corrispondente ad abituali rombi negli orecchi, con catarro bronchiale e leggier catarro buccale: non v'era alcuna lesione nè di senso nè di moto, nè delle facoltà intellettuali: i sonni però frequentemente interrotti da sogni, con senso di oppressione del respiro. Diagnosticai una epilessia essenziale: esclusi dall'eziologia l'elmintiasi intestinale perchè questa era abituale, mentre quella ricorreva a lunghi intervalli, e perchè quando si fece più frequente non si potè constatare la presenza di vermi intestinali. L'ammalato fu messo ad una cura negativa preparatoria; dopo due giorni volle lasciar l'ospedale: gli si consigliò l'uso dell'ossido di zinco: non se ne ebbe più notizia.

Il secondo caso fu in un giovane d'anni 20, già pristinaio ed ora contadino, robusto, muscoloso, del peso di grammi 55,300, di tempra sanguigno-biliosa, ammogliato, appartenente a famiglia in cui non si conobbe mai l'epilessia. Nelle prime età sofferse di vaiuolo, di febbri intermittenti, di bronchite, di alcune malattie

traumatiche, tra cui una frattura al cubito: per quelle malattie gli furono praticati alcuni salassi. Confessò di essersi dato con qualche eccesso alla venere solitaria, cui sacrificava anche tre volte in un giorno, e ciò specialmente da 15 a 18 anni, epoca in cui passò allo stato conugale. Il primo accesso epilettico l'ebbe a 18 anni, quindici giorni dopo di avere avuto un grave spavento causatogli da una vacca che gli si avventava contro dentro una stalla, e dalle corna della quale non senza difficoltà si schermiva. Da quell'epoca in poi gli accessi epilettici si ripeterono con varia vicenda di intensità e di frequenza tanto di giorno quanto di notte, massime dopo gozzoviglie e crapule: vide a volte ripetersi varii accessi in un sol giorno ed a volte stette quattro, dieci, anche quindici giorni senza accessi: questi sono ora completi ed ora incompleti: gli ultimi cominciano con una sensazione di aura, che dal basso ventre monta rapidamente al capo, con momentaneo oscuramento della vista e passeggiera contrattura delle mani e delle antibraccia nel senso di forzata flessione, senza perdita della conoscenza. Li accessi completi oltre i detti sintomi di aura ascendente dal ventre al capo presentano contratture estese a tutte le estremità ed anche alla faccia, trismo, schiuma alla bocca, perdita completa della sensibilità e della conoscenza per almeno dieci minuti.

Quando entrò nell'ospedale, l'8 dicembre 1864, narrava di avere avuto un accesso completo il 26 novembre ed altro il 1° dicembre: in ordine a cure fatte confessava di avere tentati molti rimedii suggeritigli dall'arte, dei quali non ricordava il nome, ma sempre senza frutto. Il primo esame riusciva completamente negativo in ordine a disordini funzionali ; notossi soltanto una rimarchevole lentezza di polso (60). Fino al giorno 11 dicembre nulla intervenne degno di attenzione ; alle ore

10 1|2 di questo giorno ebbe luogo un accesso che riprese due volte in un quarto d'ora ; durante l'accesso si osservarono convulsioni toniche e cloniche, perdita assoluta della sensibilità e della coscienza. All'una dopo la mezzanotte del 12 ebbe luogo un altro accesso che durò 10 minuti, e ripetevasi poi alle 4 del mattino con minore durata. Duranti questi accessi dagli infermieri fu notata la perdita assoluta della conoscenza e spasimi muscolari con agitazione e furore, per cui difficilmente poteva essere contenuto nel letto. Nella visita del mattino, ore 7 1|2, fu trovato in preda a cefalea e sonnolenza, delle quali nella sera era affatto libero : si prescrisse un centigramma di atropina sciolto in s. q. d'alcool e quindi in 60 grammi d'acqua di fonte da p. ij piccoli c. al giorno.

Alle ore 2 dopo la mezzanotte del 13 ebbe luogo un leggerissimo accesso durante il sonno. Il 14 altro accesso incompleto ad un'ora pomeridiana. Nei due giorni successivi nessun accesso. Il 16 l'ammalato non presentava ancora alcun segno di atropismo. Volendo uscire dall'ospedale lo si lasciò in libertà, raccomandandogli la continuazione del rimedio, ned altro più di lui si seppe. Anche quest'epilessia considerai come essenziale.

Il terzo epilettico, il falegname, d'anni 27, ammogliato, di tempra sanguigna, robusto, tarchiato, muscoloso, entrava il 13 gennaio 1865 nell'Instituto clinico : ne prese contezza il dottore Bocca. A lui narrava di aver sofferto di febbri periodiche guarite con i chinoidei — di sifilide primitiva (ulceri al ghiande) guarita colla cauterizzazione — di pleurite grave, della quale non guariva se non a capo di 3 mesi, malgrado, o forse per causa di 9 salassi, statigli praticati nella tenera età di 9 anni : accennò poi a ripetute congestioni cerebrali sofferte e curate sempre con qualche sottrazione di sangue, che in

complesso contò fino a 30. Confessò inoltre di essere sempre stato amante assai di Venere e di Bacco e di essere figlio di madre epilettica. Il primo accesso in lui occorse a 25 anni (nell'agosto 1863), durante il sonno e dopo abusi venerei ed eccessi di bevande alcooliche: la forma era convulsiva, con ispasimi tonici e clonici, perdita della conoscenza e della memoria: lo accesso terminava lasciando un senso di grandissimo sfinimento. Prese in quell'epoca purganti salini (acqua di Sedlitz), e gli accessi or più or meno frequenti continuarono sino a tutto dicembre: si sospesero dietro due salassi e ritornarono poscia in luglio 1864: successivamente si sospesero per altri quattro mesi, per ripetersi ancora l'ultimo giorno di novembre con tre o quattro accessi in una sola notte, e sospendersi nuovamente fino al 10 del 1865: in questo giorno dopo i soliti suoi abusi fu preso durante il sonno dal solito accesso, che durò un'ora, e terminò senza lasciargli la cefalea che era ordinaria conseguenza degli accessi medesimi.

Alla prima visita però il gravame di capo, la fotopsia, i rombi nelle orecchie, i sogni spaventosi, qualche fitta neuralgica auricolare rappresentavano iperemia cerebrale: il polso era a 76, e tutte le funzioni normali, se si eccettua leggier catarro gastrico, con costipazione d'alvo, per cui fu tosto prescritta una bottiglia d'acqua di Sedlitz. Da essa si ebbero ripetute evacuazioni alvine: persistendo ciò malgrado qualche sintomo di orgasmo capitale si prescrissero in continuazione pediluvii senapizzati, bagni freddi sul capo e solfato di magnesia nell'acqua imperiale.

L'ammalato rimase soli 10 giorni nella clinica: ne uscì in ottima salute: per andare possibilmente all'incontro di nuovi accessi si raccomandò l'astinenza dai piaceri sessuali e dal vino, postochè occasione degli ac-

cessi erano stati sempre gli abusi di questo e di quelli. Era la cura causale: sarà stata eseguita? V'ha luogo a molti dubbi se si pensa con quanta difficoltà si sciolgano nell'uomo li vincoli delle contratte abitudini per quantunque dannose elle sieno!

Assai più lunga fu la permanenza in clinica dell'epilettico fabbro-ferraio: giovane d'anni 18, robusto, di temperamento misto sanguigno-bilioso-linfatico egli entrò nell'ospedale il 16 marzo 1865 e vi stette fino al 9 giugno. Ne raccolse la anamnesi e ne scrisse il diario clinico con lodevole accuratezza il D. Aimone Giuseppe.

Nella storia anamnestica remota si notò un'abituale epistassi che dalla prima infanzia si protrasse sino a 16 anni: e all'età di 11 anni (15 agosto 1859) una scottatura vastissima che comprese il dorso e buona parte del braccio destro. Questa scottatura venne prodotta da uno scoppio di racchette incendiarie avvenuta nell'officina dove lavorava: la suppurazione durò cinque mesi e lasciò luogo ad una cicatrice largamente estesa sulle dette regioni, puramente cutanea al braccio, aderente al dorso. D'allora in poi, di tempo in tempo, alla distanza anche di due o tre mesi, venne preso da contratture alle estremità tanto superiori che inferiori, della brevissima durata di un quarto d'ora al più, senza perdita della conoscenza e senz'altri fenomeni morbosi notevoli sino al 16° anno; in quest'età, senza cause avvertite, mentre lavorava in una fucina, fu colto da accesso convulsivo caduco con perdita completa della conoscenza: fu il primo accesso e d'allora in poi ogni venti, ogni quindici, ogni dieci giorni, talvolta anche a giorni alterni fu colpito da simili accessi: l'ultimo avvenne due giorni prima che entrasse nell'ospedale. Siffatti accessi furono sempre preceduti da un senso di spasimo o contrazione all'epigastro, che, prima di salire al capo e dar

la vertigine e la perdita della conoscenza, lascia correre parecchi secondi e permette al malato di ripararsi in luogo sicuro: cade però sempre, dibattendosi per un quarto d'ora ed anche mezz'ora, dopo il qual tempo si ripiglia, sentendosi tutto rotto e pesto, massime nei gomiti e nelle ginocchia. Tale fu l'esposizione fatta dal malato, il quale soggiunse ancora di essere stato invano trattato con purganti ed antelmintici. Alla prima visita nulla si trovò nell'esame obbiettivo tranne la descritta cicatrice: non si fece prescrizione di sorta: si tenne in osservazione.

Dal 16 al 22 marzo non ebbe luogo alcun accesso: in quest'ultimo giorno vi fu una minaccia di accesso per essersi l'ammalato trattenuto troppo a lungo presso il calorifero della sala, ma non ebbe seguito e bastò che da quel luogo si allontanasse perchè l'accesso abortisse. Il primo accesso si vide il 24 alle 2 pomeridiane e 'l secondo il 25 a mezzogiorno: questi accessi furono rappresentati da caduta al suolo con ispasimi generali tonici e clonici, perdita assoluta della conoscenza e della sensibilità, occhi fissi, schiuma alla bocca: le convulsioni durarono forti da 10 a 15 minuti, poi ripresero, ma in grado leggiero e cessarono a capo di mezz'ora, lasciando all'ammalato offuscamento di vista, capiplenio, doglie articolari. Portai diagnosi di un'epilessia essenziale; non la credetti cioè attinente ad alcuna materialità patologica apprezzabile. Avvegnachè nessuna doglia corrispondesse alla notata cicatrice, nè prima nè dopo gli accessi, non ho creduto di mettere la medesima in conto di causa, quantunque la storia anamnestica indicasse quest'origine eziologica e le contratture sofferte da 11 a 16 anni potessero benissimo rappresentare accessi epilettici incompleti, ossiano spasimi riflessi: era forse stato lo spavento prodotto dalla scottatura più potente

cagione che non la scottatura medesima e la successiva cicatrice? Per me il credetti e presi l'indicazione dell'ossido di zinco, alla dose di 20 centigrammi prima, poi, dopo il 6 aprile, a 40 centigr. al giorno.

Il 29 marzo vi ebbero i prodromi senza l'accesso — il 30 un accesso leggierissimo e fugace. L'8 aprile accesso caduco della durata di 10 minuti con leggiera stupidità e frequenza di polso e calor febbrile dopo le convulsioni. Il 14 aprile lieve accesso senza perdita della conoscenza. Il 15 epistassi. Dal 17 in poi la dose dell'ossido di zinco fu portata a gr. 0,60 al giorno. Il 19 tre piccoli accessi a brevi distanze l'uno dall'altro senza perdita perfetta della conoscenza. Altro accesso il 22 un po' più intenso alle 7 1|4 antimeridiane, della durata di 5 soli minuti, con polsi a 108, tremolio generale e istupidimento successivo. Il 23 un leggier crampo alle estremità, con tendenza all'estensione, precedette di qualche ora un piccolo accesso di brevissima durata. Il rimedio fu portato a 0,70, 0,80 e poi anche ad un gramma al giorno. Ciò malgrado un piccolo accesso senza perdita della conoscenza ebbe luogo il 29 aprile ed un altro più grave il 1° maggio. Questo fu completo, il colse alle 10 di mattino mentre faceva la sua refezione: violenti furono gli spasimi tonici e clonici; la stupidità durò tre quarti d'ora ancora dopo l'accesso, il che non impedì si ristabilissero intiere le sue facoltà pel rimanente della giornata. Nessun altro accesso da poi si riprodusse: mentre la dose totale del rimedio preso sommava di già a 24 grammi e 70 centigrammi, quasi quasi pareva si potesse cantare vittoria.

Nella sera dell 8 maggio un brevissimo e lieve accesso ebbe luogo alle 4 1|2 di sera, nel mattino vegnente alle 7 1|2, stando in piedi, appoggiato alla sponda del letto, emise un grido, fu preso da tremito convulsivo gene-

rale con contrattura e adduzione forzata delle mani e braccia, spasimi dei muscoli della faccia, blefarospasmo, strabismo, schiuma alla bocca: non cadde al suolo, ma restò come assiderato: messo a letto presto cessarono e spasimi e contrattura e addormentavasi in placidissimo sonno, svegliandosi dopo 10 minuti come niente fosse stato. La faccia era suffusa, i polsi a 96, le respirazioni 18.

Vista l'inefficacia dell'ossido di zinco si ricorse al cupro ammoniacale (grammi 0,10 p. 20 pillole da p. 3 al giorno).

Il 18 maggio leggier accesso dalle 4 alle 5 del mattino. Il 20 maggio, ad un'ora e mezzo pomeridiane forte accesso epilettico con successive allucinazioni e temporaneo delirio. Il 21 altro accesso con caduta al suolo e schiuma alla bocca. Mentre per li altri accessi non si era mai conosciuta alcuna causa occasionale, questi ultimi parvero determinati dal dispiacere provato dal malato che seppe essere il suo padre gravemente attaccato dal vaiuolo; e anche dalla tristezza che provava nel vedersi sempre ripreso da' suoi attacchi nervosi.

Il 23 un leggier accesso venne preceduto dai sintomi precursori di spasimo epigastrico, per cui ebbe tempo a riparare in letto e prevenire la caduta: il 25 un altro accesso occorse durante il sonno e fu preceduto dal grido. Sul finir di maggio per parecchi giorni ebbe a manifestarsi abbondante epistassi che non impediva leggieri accessi avvenuti il 31 maggio, il 5 e 'l 7 giugno: anzi in quest'ultimo giorno gli accessi furono due, il primo alle 2 pomeridiane con caduta al suolo, il secondo alle 11 di sera durante il sonno. Il cupro ammoniacale fu continuato per un mese. Dopo 85 giorni di cura l'ammalato lasciava l'ospedale. Avrei ancora voluto tentare e l'atropina e 'l valerianato di atropina, ma mentre

per conto mio dubitavo di poter riuscire, anche l'ammalato era oramai divenuto *impatiens moræ*, e ritornò a casa sua, senza che altro ne abbia saputo poi.

Ben diversa fu la malattia rappresentata da forma epilettica osservata nel giovane sarto in cui li accessi convulsivi riuscirono prontamente fatali, al terzo giorno dalla prima loro manifestazione, e si trovarono in rapporto con una spina ossea ledente il midollo allungato e sorta per antica osteite con residua anchilosi delle vertebre cervicali. L'individuo era all'ospedale per tubercolosi polmonare da oltre un mese. Di questo curiosissimo fatto feci un'esposizione commentata alla nostra Accademia medico-chirurgica nella seduta del 29 dicembre 1865 e al giornale della medesima (N. 2 del 1866) rimando il lettore cui piacesse averne contezza. Continuo la narrazione dei fatti di epilessia osservati in due donne, i quali hanno tra loro un punto di contatto, quello di essere stata la malattia convulsiva accompagnata da disordini di mente, non rara conseguenza o complicanza del triste morbo di che discorriamo.

La levatrice che riparava alla clinica, e della quale scrisse accurato diario patologico il D. Alloati, era una donna di 35 anni, maritata, di buona costituzione, di tempra bilioso-sanguigna, data ad un genere di vita regolare; appartenente a famiglia in cui l'epilessia era sconosciuta, fu sanissima nell'infanzia e il suo sviluppo fu sì precoce, che a 13 anni passò a marito: la mestruazione comparve un anno dopo: senza incomodi di sorta fu sempre abbondante e della durata di 6 giorni. Ebbe tre gravidanze, a 16, a 23, a 27 anni; nel corso delle medesime fu sempre salassata 2 volte. Fin dalla prima, verso la metà, ebbe, per gravi dispiaceri domestici, a soffrire di accessi nervosi caratterizzati da vampe calorose alla faccia, con senso di calore che dai piedi

saliva al capo, offuscamento della vista, ansietà precordiale, senso di peso all'epigastro, perdita della conoscenza, vertigini caduche, vera caduta al suolo se per caso non trovava tosto qualche punto d'appoggio: questi accessi curati con mezzi diversi cessarono dopo il parto, si riprodussero sette anni dopo, durante la seconda gravidanza, per cessare ancora nel puerperio e ritornare per la terza volta nell'ultima gravidanza, dopo la quale più non iscomparvero affatto; malgrado molti trattamenti messi in opera continuarono, manifestandosi però a lunghi intervalli di uno o più mesi e ancora brevi e poco intensi. Solo nel febbraio e marzo 1865 mentre la mestruazione si rese più scarsa e dolorosa, gli attacchi nervosi si resero più gravi, ricorrendo ogni settimana e anche in ultimo quasi ogni giorno, malgrado l'uso dell'ossido e del valerianato di zinco suggeritole dall'arte.

In tale condizione riparava nella clinica dove fu coricata al N. 357 il 2 aprile 1865. Alla prima visita si trovò cefalea leggiera, crampi alle estremità con senso di generale stanchezza, inappetenza, senso di peso e di oppressione all'epigastrio con avversione a tutte le cose dolci ed ai latticini i quali al dire dell'ammalata bastavano a promuoverle l'accesso: dolenti le regioni uterine ed ovariche, alvo normale, orine limpide ed abbondanti, temperatura a 37 1|5, pulsazioni 90. Si fece diagnosi presuntiva di epilessia e si tenne l'ammalata in osservazione.

Gli accessi non tardarono a manifestarsi; fin dal giorno consecutivo alla sua entrata due ne comparivano l'uno verso sera, l'altro lungo la notte: essi erano preceduti da un senso di calore che cominciava alle estremità inferiori, a volte anche dal solo lato destro per montare all'epigastro, dove si accompagnava con senso di stringimento, e poscia al capo con senso di calore e

capogiro, rombi negli orecchi e oscuramento di vista: lo spasimo era rappresentato da un tremolio generale i subitaneo rovesciamento del corpo a destra: per mancanza di mezzi contentivi sulle sponde del letto ne' primi accessi stramazzò al suolo: la conoscenza e la sensibilità abolite affatto: dell'accesso l'ammalata conservava qualche idea ma assai confusa: dopo l'accesso che durò sempre dalli 5 alli 15 minuti, sonnolenza e incoerenza di idee, vaniloquio.

La cura fu diretta all'iperemia cerebro-spinale coi rivulsivi intestinali (acqua di Sedlitz) ed ancora con mignatte applicate ai vasi emorroidali ; il catarro gastrico si cercò di modificare coll'uso della magnesia calcinata: all'oggetto di favorire lo scolo mensile si prescrissero poscia altre sanguette all'ano, e le pillole di gomma ammoniaca. Malgrado questa cura e il regime dietetico e il riposo e i bagnuoli freddi fatti sulla fronte, e i pediluvi senapizzati, ogni due o tre giorni ebbero luogo parecchi accessi convulsivi, alcuni leggierissimi e rappresentati da semplice vertigine, altri più gravi, convulsivi, caduchi.

L'11 aprile due furono gli accessi, e il 12 e 'l 13 non andarono immuni dalla brutta ricorrenza: si dette l'atropina e ciò non ostante il 14, il 15, il 16 occorsero nuovi accessi brevi sì, leggierissimi, ma pur sempre a forma epilettica completa. Durante la mestruazione che durò abbondante per 6 giorni, comparirono più di rado e più lievi gli accessi, ma pur non cessarono. In paragone di quelli altre volte sofferti, al dire dell'ammalata, erano però poca cosa. Si continuò l'atropina: dopo sole tre dosi di un centigramma caduna, prese in 14 giorni, comparvero sintomi di atropismo, in ispecie molesto faringismo, con senso di bruciore alle fauci, offuscamento della vista, midriasi, eruzione di

placche eritematose alla pelle. Comparvero inoltre prosopalgie, otalgie, punti neuralgici intercostali, enteralgie, per cui si credette dover desistere dall'atropin aper ricorrere alla massa pillolare del Meglin, all'assafetida, all'estratto gommoso di oppio. Gli accessi si contennero spesso nei limiti della vertigine, non cessarono però dal manifestarsi anche durante il pasto e massime nel tempo della digestione, che fu sempre laboriosa; e se giorni passarono senza manifestazioni d'accessi, a volte due occorsero in un sol giorno, e di tempo in tempo anche alcuno coll'intiera forma epilettica, tanto di giorno che durante il sonno. Essendosi osservato un ritardo nella mestruazione, il 22 maggio si applicarono 8 mignatte ai vasi emorroidali: il 26 comparve il lunare benefizio e per tre giorni durò abbondante senza modificare la ricorrenza degli accessi convulsivi: inutile fu la ripresa dell'atropina sotto forma di valerianato, del quale prese in dieci giorni 2 centigrammi. Sendosi l'ammalata alzata dal letto si riprodussero accessi caduchi.

Il 29 giugno mancando la mestruazione e l'ammalata soffrendo cefalea, crampi, leucorrea, cardiopalmo, si ricorse ancora ad un sanguisugio. Appena terminata l'operazione ebbe luogo un accesso: e mentre questi accessi, indipendentemente da alcuna causa si ripetevano sempre, l'ammalata presentava disordini intellettuali, ora ilarità straordinaria, ora irascibilità con sguardo truce, fisionomia alterata, incoerenza nelle idee e ne' discorsi; venne perciò diffidata che più a lungo non si sarebbe potuta trattenere nell'ospedale; il dispiacere che ne provò grandissimo la rese più melanconica, concentrata: gli accessi epilettici si resero anche più frequenti, più gravi, accompagnandosi con straordinaria loquacità, allucinazioni, idee fisse, esaltazione di mente, per cui dovette essere rimandata al proprio paese dopo una permanenza

di 121 giorno; la fu una lunga prova di rimedii diretti in parte alla forma morbosa (neuropatia epilettica) in parte al complicante stato nervoso generale con iperemia cerebro-spinale; ma senza altro successo che un temporaneo miglioramento seguito da peggioramento: stante la parca dose dei rimedii adoperati ho creduto mettere questo in rapporto colla antica data della malattia che aveva avuto origine 19 anni prima e da 8 anni erasi fatta abituale e da cinque mesi oramai non aveva più abbandonata l'ammalata altro che per giorni. Quale sia stato l'esito di questa malattia egli è facile prevederlo: se continuò l'andamento suo progressivo, deve essere riuscita alla demenza, ma di positivo nulla seppi più.

L'epilessia non raramente si complica con lesioni, ordinariamente secondarie, delle facoltà intellettuali; e se l'ora narrato fatto ciò dimostra, il seguente lo conferma.

Una donna di casa, d'anni 34, maritata, di tempra biliosa, di robusta costituzione, macilente però, non sofferse nelle prime età malattie di rilievo, tranne le piressie che nell'infanzia ordinariamente occorrono. Mestruata a 15 anni, ebbe questa funzione regolare sempre fino a 31 anno, epoca del suo matrimonio. Domestici dispiaceri accompagnarono il nuovo suo stato e quantunque nè in lei, nè nella famiglia sua vi fossero precedenze di malattie convulsive, dopo soli 15 giorni dal contratto connubio, senza il concorso di alcuna causa occasionale evidente, mentre rientrava in casa accompagnata dal suo marito, fu presa da vapori, tremolio delle membra, spasimi dei muscoli della faccia, schiuma alla bocca, perdita dei sensi, per cui sarebbe caduta al suolo, se non la fosse stata sorretta: con una mistura nervina, a capo di un quarto d'ora, rimettevasi intieramente in sè. D'allora in poi, persistendo le cause morali suddette, di tempo

in tempo, specialmente all'epoca mestruale venne presa da accessi di contratture e spasimi clonici della durata di pochi minuti con taciturnità, irritabilità, malumore: la emorragia mensile venne poi soventi sostituita da leucorrea. Tali accessi nervosi durando al più 10 o 15 minuti non le impedirono tuttavia mai di attendere alle proprie domestiche faccende. Le furono fatti 2 salassi — prese qualche bagno generale, tentò la medicina omeopatica, ma senza il menomo vantaggio. Gli accessi convulsivi e le alterazioni mentali temporanee andarono anzi gradatamente crescendo, a segno da renderla incompatibile in famiglia; e fu perciò, che, dopo tre anni dal cominciamento della malattia, venne tradotta all'ospedale il 5 maggio 1865.

I riferiti ragguagli ci furono somministrati dal marito, postochè alla prima visita essa non era perfettamente in sè, e da due giorni trovavasi in preda a contratture ricorrenti con intervalli di letargia, e accessi di smania quasi furiosa: la faccia era scomposta, gli occhi fissi, immobili, i tratti della fisionomia crispati: la pressione sulla regione sopra orbitale riusciva dolorosa all'uscita del ramo nervoso corrispondente: i movimenti della lingua imbarazzati; l'anestesi generale ed alla pelle ed ai muscoli: un ago poteva essere profondamente infitto nelle carni senza che la donna desse segno alcuno di avvertirne la presenza. Del resto tranne un po' di frequenza di polso (96) e di respiro (25), con sudore di espressione nell'atto dell'accesso convulsivo, nessun altro fenomeno morboso di qualche importanza nè al cuore, nè ai reni, nè ad altri visceri; solo l'utero un po' tumido nel suo collo, e molto sensibile, indicava algia ivi localizzata e la leucorrea mostravane lo stato catarrale: lo stato generale della nutrizione era abbastanza florido e la pallidezza della pelle anzichè di generale anemia, si

considerò come effetto di ischemia cutanea: tant'è che le punture della pelle a scopo di esplorarne la sensibilità non davan sangue. Diagnosticai un'*istero-epilessia* con *accessi maniaci*, e ricorsi alla tintura d'assafetida nell'acqua di camomilla col sciroppo di tutto cedro, manifestando alla mia scolaresca il dubbio che questa forma morbosa e per la sua durata già abbastanza lunga e per le lesioni intellettuali che la accompagnavano potesse essere dominata dall'arte. Egli è perciò che il signor Giuseppe Volonteri nel suo diario clinico scriveva — *pronostico riservato* —: l'andamento successivo confermò questo giudizio.

Nella notte successiva al giorno dell'entrata un forte accesso convulsivo ebbe luogo, e con tale smania e furore, che non senza difficoltà la malata potè essere contenuta dalle persone di servizio; il giorno 6 maggio si passò in continuo delirio con grida, agitazione, spasimi. Le alte grida furono seguite da raucedine: oltre l'assafetida che venne continuata, si prescrisse un bagno tiepido torpente (decotto di giusquiamo ed acqua coobata di lauro ceraso), che venne prolungato per due ore colla soprapposizione di bagnuoli freddi sul capo. Il vantaggio fu pronunciatissimo: il giorno 7 e la notte successiva si passarono tranquilli: solo nel mattino dell'8 ricominciò la scena patologica suddescritta, per cui si ripeteva il bagno, e con successo eguale, anzi più protratto: la sensibilità però non si ristabilì completa alla pelle ed ai muscoli sino al giorno 11, malgrado che altri access più non avessero avuto luogo, e solo un po' di agitazione si osservasse di notte tempo, per effetto di insonnia, con leggiera cefalea, epigastralgia, senso di stringimento doloroso alla base del costato. Si continuarono ogni giorno i bagni medicati e intanto si ebbe ricorso al valerianato di atropina facendone con un centigramma

preparare 20 pillole, da prendersene due al giorno: bastò questa minima dose per dare midriasi e annebbiamento della vista, e vertigini e faringismo, massime dopo un discorso un po' lungo.

Con tutto ciò la cura fu continuata e coi bagni e coll'atropina: il miglioramento era tale, che se non si fosse trattato di una malattia ad accessi e con tregue abituali più o meno lunghe, si sarebbe potuto considerare come un soddisfacente successo. Per il corso di 20 giorni non ebbe luogo alcun accesso convulsivo ned alcun disordine funzionale d'ordine psichico: solo alcune neuralgie vaghe e specialmente algie intercostali con mastalgia sinistra chiamarono la nostra attenzione: nella sera del 24 maggio, dopo il solito bagno, comparve la mestruazione che durò due giorni e scarsa: per compensare questa funzione, nella parte che riguarda l'atto emorragico, il 26 si applicarono 12 mignatte ai vasi emorroidali. L'epoca mensile passò così senza accessi convulsivi, solo il 28 si notò un leggier grado di temporanea esaltazione mentale con verbosità ed eretismo nervoso. Altro non occorse da poi degno di riguardo, tranne un po' di pirosi con acidità di ventricolo, nausee, anoressia, stitichezza, effetti del decubito; la magnesia calcinata da prima, poi la tisana lassativa, il tartaro solubile, la manna, il solfato di magnesia furono prescritti: ma questi epifenomeni morbosi furono piuttosto restii, facilmente si riprodussero, ragione per cui si ricorse a pillole di aloe, rabarbaro e sapone medicinale.

Queste pratiche emergenze fecero sospendere e bagni e pillole di valerianato d'atropina, del qual sale due soli centigrammi furono consumati in 27 giorni.

Tutto pareva per altro avviato per bene in ordine alla malattia principale, quando, quaranta giorni dopo l'ultimo accesso, ricorrendo una nuova epoca mensile, il 18 giu-

gno, ad un'ora dopo la mezzanotte, ebbe luogo durante il sonno un accesso epilettico che durò circa un'ora. Nella visita del mattino l'ammalata nulla ricordava e lagnavasi di cefalea gravativa, senso di peso all'epigastro, senso di generale rottura nelle membra. Fu dato un bagno tiepido prolungato con fomentazioni fredde sul capo: ciò malgrado alle ore 9 ed un quarto di sera un altro accesso avvenne e più intenso dell'altro e seguito ancora da altri 4 minori durante la notte. Il 19 si dette un altro bagno medicato, dopo il quale comparve la mestruazione: l'ammalata era come istupidita, la sua parola stentata e difficile, continuo il peso doloroso all'epigastro. Alle ore 4 1|4 di sera si fece una iniezione ipodermica di un milligramma e mezzo di valerianato di atropina alla regione epigastrica. Questa medicazione non impedì un accesso che ebbe luogo alle ore 6 1|2: visitata alle ore dieci dal medico assistente si trovò cessato il senso di costrizione all'epigastro : si ripetè l'iniezione di 2 milligr. del sale di atropina, ciò malgrado alle 6 1|2 del mattino successivo ripetevasi un leggier accesso ancora. La mestruazione continuò sino al 23.

In quest'intervallo non ebbero luogo altri accessi convulsivi epilettici, ma di tempo in tempo esaltazione, smania, furore, massime quando venivano contrariate le volontà dell'ammalata: la si osservò ora muta e taciturna, ora verbosa, chiassosa, loquace, con allucinazioni, insonnia, faringismo, esofagismo , doglie vaghe, parestesi alle estremità inferiori, cefalea. I bagni torpenti, tiepidi, generali, prolungati : le applicazioni fredde sul capo; qualche prediluvio senapizzato; la atropina pura alla dose di due milligrammi al giorno in forma pillolare; qualche ipodermica iniezione di valerianato di atropina nel braccio, dettero di nuovo una perfetta calma: e il 14

luglio, dopo una permanenza di 70 giorni nell'ospedale, la miserella lasciava la clinica in istato lodevole sì ma coll'incubo di nuove manifestazioni epilettiche, isteriche, maniache, che l'esperienza dimostra formare una funesta triade patologica che, se non compromette la vita, la rende però ben uggiosa e triste a chi la soffre, ed anche alle persone che colla paziente devono avere famigliari rapporti!

Manifestamente in questo caso la malattia ebbe attinenze di causalità coi dispiaceri domestici che vennero accusati e che in genere hanno tanta parte sempre nelle genesi delle malattie, massime poi delle neurosi: quale parte v'avranno avuto e i rapporti sessuali e le funzioni genitali? Il fatto della prima comparsa del male proprio nella luna di miele; e la ripetizione degli accessi per lo più verso l'epoca mensile potrebbero benissimo appoggiare anche questa eziogenia, la quale però spiega a volte effetti ben contraddittorii. L'abuso di venere anche soltanto relativo può essere causa di neurosi epilettica, ma questa non dimentichiamolo, può anche cessare per il benefizio de' sessuali godimenti: una giovane che soffriva di istero-epilessia per dispiaceri domestici e mali trattamenti di una matrigna la quale non voleva sembrare degenere dal suo nome; malgrado molte cure fatte nell'ospedale e fuori ricadeva sempre nello stesso male; la vidi infine guarire dopo il matrimonio contratto con un onesto operaio vedovo già e padre di famiglia: quella donna da oltre 8 anni ebbe già molti figli, ed il primo parto l'ebbe anzi gemello, nè più soffrì di alcuna forma di morbo epilettico: una sua bambina trattai per convulsioni, ma sintomatiche di meningite e tali da escludere ereditarietà di morbo epilettico.

Una nobile signora istero-epilettica venne condannata da un omeopatico all'assoluta astinenza dai piaceri ve-

nerei, cui era tanto sensibile, da provare tremito convulsivo, anche ne' più riservati amplessi che di tempo in tempo le dava il marito: il quale nell'interesse della consorte e della sua discendenza si era ridotto ad una continenza assoluta. La fede di lui nell'oracolo Hannemaniano non era però così illimitata che da altri non prendesse consiglio. Consultato, venni con esso lui d'accordo che la astinenza forzata potesse essere più dannosa che utile alla sua signora, che di fatto continuava ad avere, e anche con qualche aumento, le sue crisi epilettiche con forme isteriche diverse: quindi consigliai l'uso di una parca venere: gli accessi si sospesero: sopravvenne una gravidanza e non si riprodussero: durante l'allattamento qualche forma isterica ebbe a manifestarsi ma di poca levatura: da poi ebbi più volte notizie dell'ammalata che temporaneamente abbandonò Torino, e so positivamente che dessa e la sua bambina godono buonissima salute. Avviso a cui tocca: gli epilettici, si dice, non devono coniugarsi per non produrre altri infelici sofferenti della stessa malattia: eccezione vuol essere fatta a mio vedere per l'istero-epilessia.

I narrati casi dimostrano quanto molteplici e varie possano essere le cause e le concause della epilessia, quanti gradi diversi essa possa presentare, quali forme morbose più o meno complete possa vestire, quante differenze possa presentare nel suo modo di sviluppo, nel suo andamento, nel numero degli accessi, nella distanza dei medesimi, nelle condizioni patologiche, nelle complicazioni e composizioni morbose, negli esiti: e quindi come diversa ne abbia ad essere la cura. Sarebbe perciò assurdo pensare ad uno specifico antiepilettico generale, assoluto, sicuro. Sonvi però modificatori del sistema nervoso che riescono a volte utilissimi compensi terapeutici: tra essi stando alle mie osservazioni pratiche

vogliono essere messi l'ossido e 'l valerianato di zinco — l'atropina pura e 'l valerianato di atropina — il cupro ammoniacale. Nella mia clientela particolare conto dei successi completi ottenuti coll'uno e coll'altro dei detti rimedii senzachè a vero dire io mi sappia esprimere ragioni plausibili di prevalenza per l'uno o per l'altro: solo devo osservare che elementi favorevoli alla cura vidi essere: 1° l'origine recente o almeno non tanto antica dell'epilessia; 2° la mancanza di condizioni anatomo-patologiche materiali e di cause permanenti; 3° la lunga insistenza nel trattamento curativo che a volte continuai per mesi ed anni anche a scopo preventivo. I sali di zinco e il cupro ammoniacale dati a dose conveniente sono innocui affatto, quindi naturalmente possono più facilmente essere a lungo continuati che non l'atropina; tuttavia anche questa in qualche caso, massime se pura, vidi tollerata per molti mesi senza il minimo inconveniente.

L'antichità di origine per alcuni dei casi narrati, la brevità del trattamento curativo in altri, spiegano gli insuccessi avuti in clinica, la gravità delle lesioni anatomopatologiche dette ragione del caso riuscito fatale: di molte altre considerazioni patogeniche, fenomenologiche, eziologiche, diagnostiche, pronostiche, curative volontieri tacerò per amore di brevità, lasciando che il lettore le tragga egli medesimo dai fatti che gli ho esposti: essi hanno tanta eloquenza che ogni commento non che aggiungere toglierebbe il prestigio che negli argomenti clinici ha e deve avere la casuistica; senza della quale un rendiconto avrebbe più la parvenza del romanzo che non fosse l'espressione della storia severa, veritiera e pura!

Isterismo. Frequente manifestazione morbosa la è codesta neurosi nella clinica muliebre, ma la non è sempre uguale a se stessa: dal semplice stato nervoso o

nervosismo che si voglia dire, ipernervia, neuronosi; alle convulsioni, alle algie, al tetano, all'estasi, alla catalessi, alla mania, alle paralisi isteriche v'hanno immense gradazioni e a volte occorrono tali differenze di forma, per complicazioni e composizioni fenomeniche, che senza l'occhio clinico e l'esperienza che ne dimostrano comunanza di origine, potrebbero a volte diagnosticarsi organopatie le più diverse, tanto è strana, imponente, grave l'espressione morbosa di quei disturbi funzionali che si dicono nervosi o isterici: checchè dessi si considerino come un nonnulla, a volte quasi malattie immaginarie, da prendersi a gabbo, sono pur tuttavia fatti della massima importanza clinica come quelli che se non minacciano l'esistenza, rendonla abbastanza uggiosa ed hanno parte grandissima in molte scene della vita sociale nelle quali se l'isterica è la protagonista il medico non è per fermo l'ultimo dei personaggi.

Nell'anno scolastico del quale riferisco i casi clinici, 13 furono le malate donne in che la forma diagnostica ebbe a comprendere l'isterismo; in tre soli casi però il morbo fu rappresentato da semplice neurosismo: negli altri o si trattava di altre malattie insieme con esso complicate, o di speciali forme isteriche e tali da giustificare particolari denominazioni, come quella sarebbe dell'istero-epilessia di cui ho già parlato. Se in questo quadro nosologico nell'attuale rendiconto non figurano maschi, ciò non implica per nulla che i medesimi ne vadano assolutamente esclusi: nell'anno clinico 1866-67 ebbi un esempio di isterismo maschile dei più eloquenti, il perchè mi associo al Brachet che ne lo ammette; e ciò valga a dimostrare in quale largo senso io intenda la parola *isterismo,* cui non voglio menomamente dare il significato ristretto che sorgerebbe dalla sua etimologia, la quale per vero di questa malattia circoscriverebbe la

condizione patologica assai più che non sia di fatto.

Volendo prendere in considerazione le cause predisponenti all'isterismo, ecco quanto risulta dalle mie 13 osservazioni. Relativamente all'età ne trovo 4 da 16 a 20 anni
5 da 23 a 26 »
1 di 33
1 di 44
1 di 50
1 di 74

La maggioranza (9 contro 4) fu adunque al disotto dei 30 anni. L'età minima di 16 anni dimostrerebbe la donna esposta all'isterismo solo dalla pubertà in poi, ma più di spesso nell'età giovane, meno frequentemente nell'età adulta e nella vecchiaia. In ordine alle professioni le sedentarie parrebbero più specialmente predisponenti all'isterismo, avvegnachè se per le professioni faticose ne troviamo 4 (tre contadine ed una serva), per rispetto alle sedentarie abbiamo la cifra 9, più del doppio; sono tra queste ultime comprese donne di casa, massaie, modiste, albergatrici, sarte, cucitrici, tabaccaie. Per ciò che si riferisce allo stato civile le maritate furono per vero in minoranza (5) mentre le nubili furono 6 e le vedove 2: con tutto ciò non vorrei proprio asserire che il matrimonio e le sue abitudini sieno preventivi dell'isterismo; del resto molte cose sono difficili a sapersi su questo proposito: non tutte le vedove e le nubili sono necessariamente continenti e in alcuni casi miei seppi che non l'erano; e in altri casi lo stato coniugale non è arra sicura che sieno soddisfatti i desideri sessuali come avveniva p. e. nella donna affetta da atresia vaginale della quale ho sopra narrata l'osservazione pratica (V. pag. 470). Si dice che il temperamento nervoso predispone all'isterismo, e ciò parrebbe dover essere così, pure le mie osservazioni con-

traddirebbero siffatta proposizione: in nessun caso trovai il temperamento nervoso puro, in tre casi lo trovai misto col linfatico e col bilioso, ma in tutti gli altri trovai temperamenti puramente sanguigni, biliosi, linfatici o temperamenti misti sanguigno-linfatici, sanguigno-biliosi, linfatico-sanguigni. Il perchè la costituzione nervosa, anzichè il temperamento nervoso propriamente detto, nel linguaggio delle antiche scuole patologiche, parrebbe dover essere considerata come causa predisponente al neurosismo, il quale di quella costituisce per vero un maggior grado e nulla più. La costituzione nervosa conduce al neurosismo; e 'l neurosismo, quando non corra ad atti patologici dichiarati, ma stia nei limiti di una semplice opportunità morbosa, quasi si confonde colla costituzione nervosa: sono direi i confini sempre difficili a limitarsi tra lo stato sano e 'l patologico in ordine alle funzioni del sistema nerveo.

La stessa difficoltà che talvolta si incontra nello stabilire i limiti tra lo stato fisiologico e patologico delle funzioni nervose, la si ha pure nella individualizzazione delle relative specialità nosologiche: ben ne porge esempio l'istero-epilessia: nel caso che ho riferito sopra, credetti di veder predominante quest'ultima, un altro ne posso narrare, in cui isterismo più che vera epilessia a me parve di vedere. Ne giudichi chi legge. Questi casi ben meritano di essere studiati dai nosologi che tendessero ad essere sistematici ed esclusivi.

Una contadina sedicenne, di tempra sanguigno-linfatica, robusta, menstruata a 15 anni, entrò in clinica il 30 gennaio 1865: ne prese contezza il dottore Musso Demetrio. Essa non aveva mai sofferto altro che le malattie eruttive proprie dell'infanzia e qualche febbre intermittente: nel mese di settembre 1864 stette per parecchi giorni co' piedi a bagno per estrarre canapa

tenuta in macerazione: per questa cagione cessò ogni benefizio lunare; ciò malgrado però continuò a godere buona salute sino al dicembre: comparvero allora crampi, cefalea con temporaneo smarrimento de' sensi a forma di accessi più o meno lunghi, più o meno completi, più o meno regolari, ma che andarono da poi crescendo di intensità e frequenza. Prese molti rimedii di cui ignora la composizione: le si fecero tre salassi e un'applicazione di sanguette ai vasi emorroidali: questa cura non parve migliorarla e fu perciò che ricorse alla clinica.

Alla prima visita si constatò la ricomparsa della mestruazione che durò tre giorni: durante quest'epoca menstruale occorsero temporanei accessi di crampi senza perdita della conoscenza, con cefalea, stupidità, capogiri, smemorataggine, formicolii generali, epigastralgia, brividi di freddo, bolo isterico, esofagismo; soventi anche dopo terminati li mestrui occorsero momenti come di smarrimento (la così detta *absence* da Calmeil), con oscuramento di vista e perdita della parola, leggiere contratture; ma con l'uso di purganti salini, con pediluvii senapizzati, coll'assafetida questi fenomeni andarono via via scemando: solo perdurò la cefalea gravativa con qualche crampo, per cui l'8 di febbraio si riapplicarono 10 mignatte all'ano: il vantaggio ne fu segnalatissimo: l'ammalata dopo una permanenza di 20 giorni lasciava la clinica in perfetto stato di salute. Nessun'altra funzione tranne quella del sistema nervoso fu vista alterata: a volte occorsero leggiere febbri, ma puramente nervose: mentre il polso abitualmente oscillava tra 70 e 80, si toccò qualche volta a 102: con ciò però la termogenesi non andò mai oltre la media normale, e le orine non furono modificate.

Manifestamente in questo caso la mancanza dei mestrui fa causa di dissesti circolatorii e nervosi: all'iperemia cere-

bro-spinale si associava il neurosismo; fu isterismo? fu epilessia? la forma fu ibrida, altri direbbe complessa: la prontezza e la facilità della guarigione ottenuta militano per l'isterismo, però la forma morbosa fu di epilessia leggiera e passeggiera, quale avrebbe potuto benissimo col tempo rendersi più grave e permanente. La ulteriore osservazione avrebbe potuto chiarire il fatto, ma, come accade per lo più nei malati dell'ospedale, questa fece difetto, e 'l criterio a posteriori mancò: solo per analogia potrei ragionare, e debbo confessare di avere osservati nella mia clientela particolare casi consimili che si contennero nelle miti proporzioni sopra narrate senza consecutiva vera epilessia.

L'isterismo è per lo più malattia abituale, cronica, permanente: può durare intiera la vita: in tal caso gli è proprio il caso di dire che guarisce sempre ma guarisce mai: parlando delle malattie del ventricolo (V. pag. 345) ho già accennato brevemente di un'isterica che nel corso dell'anno scolastico entrò tre volte nell'Instituto clinico, e che prima aveva già dovuto ricorrere ripetutamente nell'ospedale, e che anche da poi soventi vi rientrò e sempre per gastralgia, epigastralgia, punti neuralgici intercostali e lombo-addominali con esofagismo, faringismo, senso di bolo ascendente dal ventricolo alle fauci, cefalea, prosopalgia generale, iperestesi, formicolii, crampi, fenomeni che presentarono molte alternative, ad accessi ripetendosi dopo il pasto, massime verso sera, e nella notte, e a volte con sintomi così gravi da dar luogo a svenimenti e veri deliquii. Con tutto ciò la temperatura fu sempre di 36 gradi e qualche frazione, il polso oscillò fra 58 e 64, le respirazioni non andarono mai oltre le 24, e tranne un po' di catarro uterino, luogotenente di mestruazioni scarse ed irregolari, altri disturbi funzionali non occorsero e

lo stato generale della nutrizione anzichè deperire migliorò: senza che per ciò cessassero le sofferenze soggettive che erano per l'ammalata un continuo tormento e funesta le rendevano l'esistenza (ipocondriasi isterica).

In alcuni casi, però più rari, l'isterismo è malattia puramente accidentale, temporanea, del tutto fugace: tale fu nella giovinetta di cui ho sopra narrata l'osservazione pratica; nè diverso fu il corso del fatto morboso nella più vecchia delle isteriche ricoverate in clinica, l'albergatrice, d'anni 74. Questa donna, vedova, di tempra sanguigna e costituzione piuttosto indebolita, narrava di essere stata mestruata da 19 a 50 anni; di avere sofferto in età infantile vaiuolo, rosolia, tosse asinina: di avere avuto 9 parti felici e due aborti; di essere stata per un anno dopo l'età critica tormentata dalle febbri intermittenti, e di aver patito d'ernia strozzata, della quale fu operata coll'erniotomia a 51 anno. Da poi stette bene sino a 58 anni, epoca in cui ebbe a soffrire di neuralgia intercostale guarita a capo di 15 giorni con un sanguisugio locale e varii rimedi sedativi presi all'interno come all'esterno adoperati: d'isterismo mai segno. Questa fu la sua storia anamnestica remota: l'anamnesi prossima ci fece conoscere come all'epoca in cui entrò nell'ospedale la fosse da 10 giorni affetta da peso all'epigastro e stringimento alla base del torace, con respiro frequente, difficile e frequente bisogno di trarre sospiri e vampe calorose alla faccia e crampi alle estremità e bolo isterico, che dall'epigastro saliva alla gola. Questi fenomeni erano stati occasionati da cause morali e ad accessi andavano ripetendosi ogni sera con cefalea, brividi di freddo, tremolio generale. Col riposo, col regime conveniente, con l'assafetida, e per ultimo con qualche piccola dose di valerianato di chinino questi fenomeni presto cessarono: dopo soli 9 giorni di per-

manenza nell'ospedale l'ammalata ne usciva del tutto guarita. Fu una forma morbosa leggierissima cui credetti bene applicato il nome di *istericismo*, con che appunto si disegnano i più lievi gradi della malattia in discorso, di cui è carattere nosologico l'immensa varietà di forme.

Tra queste merita di essere accennata la tosse isterica, sintomo molestissimo, che a volte può durare anche molti mesi, come mi occorse di osservare nel seguente fatto.

Una modista, nubile, d'anni 19, di temperamento linfatico-sanguigno, di mediocre costituzione, mutilata del dito indice della mano sinistra per sofferta spina ventosa, entrava in clinica il 3 dicembre 1864 e vi restava sino al 21 aprile 1865. Dal memoriale storico scritto dal dott. Bergoën Agenore risultò di croste al capo sofferte nell'infanzia, con tumori ghiandolari al collo, che passati a suppurazione lasciarono manifeste cicatrici strumose. La mestruazione da due anni comparsa, fu sempre scarsa, irregolare, mancante anche per alcuni mesi di seguito. Nel novembre 1863 per tosse, dispnea, ansietà, cardiopalmo e dismenorrea fu salassata 8 volte. Stette in letto due mesi e d'allora in poi sofferse sempre di tosse violenta, affanno di respirazione, cardiopalmo: nel maggio 1864 a queste abituali sofferenze si aggiunsero febbri periodiche e risipola facciale, dopo la quale per ben cinque mesi fu amenorroica.

L'ultima mestruazione ebbe luogo in novembre e scarsa; durò due soli giorni. Da poi s'accrebbero i disturbi di respirazione, l'affanno, il cardiopalmo con brividi di freddo alternati da urente calore, con ismania, insonnia, accessi di tosse spasmodica assai violenti, per cui, dopo tentati invano alcuni leggieri rimedi, tra cui il look di Parigi, si determinò di riparare alla clinica.

L'esame fisico del petto mentre non ci rivelò nulla per rispetto al cuore che potesse indicare viziatura organica, mostrò il torace sonoro in tutta l'estensione delle regioni polmonari tranne le basilari, dove corrispondeva ottusità che veniva a confondersi con quella dei visceri ipocondriaci: rumor respiratorio vescicolare distinto, anzi nelle parti superiori e margini anteriori leggiermente puerile; respirazione bronchiale rumorosa con qualche rantolo sottocrepitante disseminato: inspirazioni interrotte dalla tosse, secca sempre, molesta, spasmodica, senza espettorazione di qualsiasi specie; accompagnata e seguita da urti di vomito, inappetenza, disoressia, gastralgia, cefalea, ansietà, dispnea, ortopnea ricorrenti ad accessi, senso di generale malessere, e di rottura delle membra. Alla prima visita non vi era febbre, successivamente però si ebbero ad osservare parecchi accessi periodici ne' quali i polsi arrivarono a 110, 120, 130, le respirazioni a 35 — 40, la temperatura a + 38 — 38 2/5 — 39. Si adoperarono gli emeto-catartici, i lambitivi, l'aconito, l'acqua coobata di lauro ceraso: contro gli accessi di febbre a periodo si prescrisse il chinino; allo scopo di favorire la mestruazione e sciogliere le congestioni capitale e pettorale che nei più forti accessi di tosse convulsiva si aggravavano, massime nelle ricorrenze mensili, si praticarono parecchi sanguisugi dai vasi emorroidali e dai malleoli, ma sempre con poco frutto e vantaggi puramente temporanei. Nel decorso delle varie fasi morbose osservate vi furono parecchie alternative, risoluzione non mai: la tosse fu sempre il fatto predominante: però ad essa si aggiunsero prosopalgia, neuralgie dorso-intercostali e lombo-addominali: il sciroppo del Boulay, l'estratto di lattuca virosa, il laudano, la morfina, la codeina, la valeriana, il liquor d'Hoffmann, la tintura di castoro

internamente; la belladonna all'esterno, l'etere, il cloroformio furono adoperati; i bagni generali semplici e medicati; il tutto con risultamenti poco soddisfacenti per circa quattro mesi; e di vero fu soltanto in aprile che miglioraronsi tutti i fenomeni suindicati e anche la tosse: la mestruazione comparve ma scarsa e fu sostituita da diarrea sanguinolenta non che da ripetute epistassi.

L'ammalata lasciò l'ospedale d'assai migliorata ma non guarita affatto: la lunga durata di questa tosse, l'andamento saltuario ed irregolare per essa tenuto, l'età dell'ammalata, l'ignorata esistenza di qualunque elemento causale specifico, la mancanza di alcuna patologica secrezione, la mobilità nervosa generale determinata dall'abuso del salasso, mi portarono ad escludere la tosse asinina che l'ammalata ignorava se avesse o no sofferta, e ad ammettere per contro la tosse isterica, la quale malgrado alcuni punti di rassomiglianza colla prima ne vuol essere però essenzialmente distinta per eziologia, per sintomatologia, per esiti, per cura. L'alternarsi p. e. della tosse con altri fenomeni nervosi convulsivi ne forma un carattere differenziale della massima importanza. In una damigella ho visto più volte questa tosse cessare d'un tratto per far luogo a molestissimo singhiozzo, che alla sua volta non iscomparve se non per la ricomparsa della tosse. La quale nella coclussia può associarsi come soventi si associa a veri catarri, a bronchiti capillari, a bronchio-polmoniti lobulari, ad enfisema polmonare, mentre nell'isterismo determina di preferenza congestioni viscerali e specialmente polmonari, che non è a dire quanto possano essere gravi, arrivando al grado di minacciare soffocazione e indicare larghe deplezioni sanguigne che in via idraulica e come medicatrici del sintomo, come palliative riescono efficacissime.

Pensatamente accenno al modo con cui la sottrazione di

sangue può giovare ed alle indicazioni che alla medesima portano, avvegnachè non vi sia forse malattia in cui tanto si sia abusato del salasso quanto nelle più gravi forme morbose che l'isterismo accompagnano: e ciò per errori diagnostici, per aver cioè attribuito a flogistico processo quei fatti morbosi che da spasimo derivano e dai dissesti idraulici che dello spasimo sono la conseguenza.

Quella damigella in cui osservai le dette alternative di tosse isterica e di singhiozzo prima di essere per me curata era stata nel decorso di parecchi anni salassata oltre 300 volte (!!), e colle conseguenze di tale un disordine nervoso, da dar luogo persino alla paralisi isterica che durò più mesi. Col metodo astemio dal salasso adottato da più anni essa è ora a segno migliorata da ricordare appena le terribili crisi nervose sofferte, alle quali, insieme a molte gravi cause morali, la lancetta aveva per molto contribuito! Nella mia pratica particolare ho osservati parecchi casi consimili: fedele al mio proposito di non discorrere quivi che delle malattie osservate in clinica non ne avrei pur fatto motto, se non mi facessi caso di coscienza di mettere in sugli avvisi la generazione medica nuova perchè voglia bene osservare e studiare i casi clinici, al fine di evitare gli errori pratici di un sistematico empirismo, che per la sua cieca confidenza nella flebotomia non senza ragione fu detto da qualche bello spirito — *vampirismo!*

Quanto possa lo spreco del sangue nella patogenia di alcune neurosi gravi ed imponenti, ben lo dimostra anche il seguente fatto di tetano isterico.

Una sarta d'anni 20, nubile, di tempra linfatico-nervosa, di costituzione buona, storpia dell'arto inferiore sinistro per atrofia e anchilosi lasciata da gonartritide traumatica, entrava in clinica il 6 maggio 1865 e vi restava sino al 1° luglio. Dal memoriale scritto colla

solita sua diligenza dal dottore Alessandro Chiappé, risultò di tosse asinina sofferta a 3 anni, di rosolia a 7 anni e del succennato traumatismo a 10 anni, che la obbligò all' uso delle stampelle. La mestruazione comparve a 15 anni e malgrado una pneumonia sofferta nel 1861 per cui ebbe 8 salassi, fu regolare (sempre 4 giorni) sino a 18, epoca in cui, per un solo coito, a suo dire, e ancora compiuto con modi brutali, rimase incinta; forse appunto perchè trovavasi in corso di mestruazione che subito cessò. La violenza dell'atto le tolse conoscenza e la fece per la prima volta cadere in convulsioni. Durante la gravidanza sofferse di vomiti ostinati e di accessi nervosi ripetuti. Dopo un lungo e penoso travaglio di tre giorni il 28 dicembre 1863 partoriva un bambino sano e robusto: le secondine, forse per aderenza, non uscirono che al 7° giorno e 'l puerperio fu pertanto meno che normale, i lochii tuttavia colarono per 25 giorni e la secrezione lattea fu tanto abbondante, che durò per ben due anni e 9 mesi: alla prima visita la pressione del capezzolo ancora ne mungeva. Durante questo lungo lasso di tempo la mestruazione fu sempre vicariata da abbondante e quasi continuo profluvio leucorroico, e di tempo in tempo, massime per influenza di cause morali, occorsero accessi nervosi a forme diverse, di spasimi, convellimenti, emicranie, che cedettero sì ai più comuni nervini, ma per riprodursi però sempre, con varia vicenda di più e di meno.

Nel gennaio 1865, questa è l'anamnesi prossima, soffrendo sempre di spasimi e di neuralgie, attribuite all'amenorrea, prese molti emmenagoghi; e n'ebbe per effetto una metrorragia, che durava abbondante per 11 giorni, con aggravamento delle spasmodie. Fin allora, la cura era stata diretta a casaccio dalle donnicciuole. Venne l'arte, e fece peggio, praticavansi da prima 7,

dico sette, e poi 5, dico cinque, in complesso 12 salassi, oltre ancora alcuni sanguisugi: e la fenomenia morbosa lungi dal cessare s'accrebbe, per quantunque molti e potenti antispasmodici sieno stati adoperati: fu allora che cominciarono le forme di opistotono ed emprostotono ricorrenti ad accessi, contro i quali si vollero applicare ancora 40 mignatte lungo la colonna vertebrale.

Errori di diagnosi traggono inevitabilmente ad errori terapeutici, teoriche false portano a più erronee applicazioni pratiche! Quest'ammalata non miglioravasi, verità dura a dirsi, se non quando l'arte cessò dal tormentarla e lasciavala a benefizio di natura; gli è questo un genere di cura che in alcune forme isteriche riesce assai meglio che non le droghe e i rimedii di cui tanto abusò la polifarmacia di altri tempi: gli è la cura negativa che spiega molti successi dell'omeopatia!

Ho detto che miglioravasi; non guarì però, chè accessi tetanici ripetevansi ogni sera, e spasmi clonici anche lungo il giorno, per varie cause accidentali fisiche o morali, soventi l'assalivano, e a tal grado da impedirle ogni lavoro; ragione per cui dovette ricorrere all'ospedale.

Alla prima visita si riconobbe manifestissimo lo stato di neurosismo: cefalea sopraorbitale e occipitale, fotofobia, rumori nelle orecchie, forte rachialgia, punto neuralgico acutissimo al 6° spazio intercostale sinistro nella linea ascellare anteriore; il risentimento doloroso a questa regione era tale che una pressione un po' gagliarda bastava per determinare movimenti riflessi e veri spasimi tetanici. Cardiopalmo, con soffio cloro-anemico alla base del cuore e lungo le carotidi, polsi a 80, piccoli e stretti: respiro frequente, interrotto, a scosse, temperatura cutanea a 37 con integumenti anemici:

anoressia, dispepsia, bocca amara, lingua fecciosa, gastralgia, enteralgie, vomiti facilissimi e più dai liquidi provocati, che non per le sostanze solide, appetiti irregolari ed abnormi, ventre teso, alvo stittico, orine rosse, brucianti, cariche: leucorrea, iperestesi vulvo-vaginale, isteralgia, granulazioni al collo dell'utero, secrezione lattea persistente. Nei primi giorni ebbero luogo molti accessi dei quali alcuni in presenza della scolaresca e costituiti da subsulto generale della persona che s'alzava a sedere sul letto con agitazione delle braccia, chiusura delle palpebre, trismo leggiero, poi sguardi attoniti qua e colà senza perfetta la conoscenza; l'ammalata a volte conosceva bensì le persone, parlava, rispondeva, ma delirava e cadeva in isproloquii. Questo stato durava dieci minuti all'incirca, poi d'un tratto essa ricadeva supina, traeva un lungo sospiro e rientrava in se stessa ora piangendo ora ridendo a più non posso. Altri accessi furono visti rappresentati da spasimi tonici a forma di tetano retto, di emprostotono, di opistotono, senz'altro: frequenti furono le lipotimie massime dopo il pasto, e nel bagno dato e ripetuto a scopo curativo. Li accessi tetanici e i semplicemente estatico-convulsivi si ripeterono più volte a ore fisse vespertine per cui credetti dover prescrivere il valerianato di chinino: e visto lo stato cloro-anemico e le neuralgie concomitanti anche l'idroferrocianato di chinino. Con questi rimedi, coll'assafetida, coi bagni si ottenne qualche miglioramento, tuttavia non cessarono affatto li spasimi: il 21 maggio ebbe luogo un curioso accesso di tetano parziale incrociato alla gamba destra ed al braccio sinistro. La paura di essere magnetizzata bastò un giorno per determinare l'accesso convulsivo. Allo scopo di prevenire li accessi ricorrenti a periodo si ebbe ricorso alle inalazioni eteree, ma presto si dovette dalle medesime desistere, dappoichè

esse rendevano bensì meno violenti, meno lunghi gli spasimi generali, ma determinavano una vera convulsione tetanica del diaframma, lungo arresto vo' dire della respirazione nell'atto dell'inspirazione, con espirazioni a scosse e rapidissime: il fatto venne ripetutamente osservato in rapporto colla or detta causa, sicchè fu giuocoforza rinunziare alla eterizzazione.

A vincere la ricorrenza periodica, viste inutili le altre prescrizioni specifiche, furono fatte anche iniezioni ipodermiche di solfato di chinino e si ebbe ricorso ancora all'arsenito di chinino senza maggiore successo. Mentre miglioravansi le condizioni generali della nutrizione, li accessi convulsivi ritornavano pressochè tutte le sere or più or meno intensi. Si pensò infine alle iniezioni ipodermiche di valerianato d'atropina alla dose di uno a due milligrammi. La prima iniezione fu operata il 26 maggio alle ore 8 1[2 di sera: l'accesso sopravveniva egualmente, però meno violento e di brevissima durata: anche nel giorno successivo ripeteronsi due brevi accessi a forma clonica; quindi, oltre alle quotidiane iniezioni or qua or là praticate, si ricorse al valerianato di ammoniaca (grammi 6 in 100 d'acqua di camomilla e 30 di sciroppo tutto cedro) non che a due mosche di Milano applicate sui punti più dolenti dell'algia dorso-intercostale. Ne' giorni successivi essendosi resa più molesta la prosopalgia sinistra si prescrissero le pillole del Meglin.

Tanto la neuralgia come gli accessi spasmodici furono ostinati e ribelli; nel decorso di un mese circa si iniettarono, ripartitamente, in varie parti del corpo, trenta centigrammi di valerianato d'atropina sotto la pelle e come i sintomi di atropismo sino al fine mancarono, così anche gli effetti medicamentosi furono meno che dichiarati: anche dopo l'iniezione del sale d'atropina, alla dose perfino di centigrammi due e mezzo, si ripete-

rono tuttavia gli accessi tetanici: uno di questi colpivala il 10 giugno mentre era alzata e strammazzavala al suolo: è da avvertirsi come un diverbio colle malate vicine l'avesse occasionato. Intense neuralgie manifestaronsi al braccio sinistro, alla regione lombo-addominale, all'utero (isteralgia), e con esse contratture spastiche alle estremità, alvo soventi stittico, a volte diarrea sanguigna. Il 24 giugno un accesso più degli altri intenso ed a forma clonica richiese d'urgenza un'iniezione ipodermica che finalmente riuscì: dopo tre minuti ogni convellimento era cessato e l'ammalata dormiva saporitamente: svegliatasi a capo di un'ora lagnavasi di cefalea e nausee; la pupilla era dilatata, il polso a 130, le respirazioni 52. Questi fenomeni duravano per ben cinque ore, trascorse le quali il polso discese a 100, le respirazioni a 24; la vista oscurata, con senso di deliquio e vertigini perdurarono più a lungo.

Contro questi sintomi e specialmente per moderare una molesta epigastralgia si volle adoperare un'iniezione all'epigastro con sale di morfina. L'atto della puntura determinò, cosa non osservata mai prima, un accesso convulsivo. Quest'iniezione scemò il dolore epigastrico, ed una seconda, che riuscì innocua affatto, il tolse del tutto. Egli è notevole che dopo i sintomi di atropismo succennati cessò ogni forma convulsiva, quella eccettuata che fu prodotta dal traumatismo della puntura per l'iniezione ipodermica all'epigastro. Quando l'ammalata uscì dall'ospedale, da parecchi giorni era libera e dalle convulsioni e dalle neuralgie: il di lei stato generale per rapporto alla nutrizione crasi ad un tempo, col concorso di un regime ricostituente, notevolmente migliorato.

La disparità degli effetti osservata tra l'ultima iniezione e le antecedenti avrebbe lasciato sospetto di cattiva preparazione del valerianato di atropina, se la con-

troprova giornaliera non ci avesse assicurati del contrario, e se non fosse appunto proprio delle neurosi isteriche di essere capricciosissime nel loro andamento, di resistere soventi a tutti i rimedii, per cedere poi per un nonnulla, soventi anche senza rimedio di sorta: egli è però notevole che gli effetti terapeutici corrisposero intieramente agli effetti fisiologici anche in questo caso, come in quello narrato a pag. 515, il che lascierebbe luogo a conchiudere essere i fenomeni di atropismo necessarii affinchè si ottenga il risultato pratico della guarigione in alcune forme nervose per le quali l'atropina si amministra.

A complemento di questi studi clinici sull'isterismo, voglio riferirne ancora un'altra osservazione pratica, che per la forma di estasi catalettica merita speciale considerazione.

Una filatoiaia d'anni 24, nubile, di temperamento linfatico-nervoso, di mediocre costituzione, d'abito macilento, data ad una vita sedentaria e ad un meschino vitto, entrava in clinica il 16 aprile 1865 e vi rimaneva sino al 7 giugno. Dal memoriale storico compilato dal D. Musso Demetrio risultò ch'essa non aveva sofferto malattie di rilievo nelle prime età; fu però tardi mestruata, a 18 anni. Questa funzione durò regolare sino a 21 anno: in quel tempo si sospese improvvisamente per ripetuti attentati al pudore, nei quali incompletamente, a suo dire, e violentemente consumavasi il congresso.

Dallo spavento ne nacquero cefalea, crampi alle mani ed ai piedi, dolori all'epigastro, oppressione di respiro, sputi di sangue che durarono tre giorni. L'arte interveniva ed operava un salasso e tre sanguisugi, uno ai malleoli, un secondo all'epigastro, un terzo alle pudende. La funzione menstruale più non ristabilivasi da poi come prima, fu sempre scarsa, irregolare; e la salute, già fio-

rente, andò mano mano scadendo: sotto l'influenza di cause morali tristi, due anni dopo, nelle ricorrenze mensili specialmente, si manifestarono accessi nervosi caratterizzati da cefalea, crampi, contratture, mormorii nelle orecchie, offuscamenti di vista, smarrimenti, oppressione epigastrica, che si vollero trattare con ripetute sottrazioni sanguigne, quattro o cinque salassi e anche qualche sanguisugio per ogni volta. L'intermittenza più o meno prolungata di questi fenomeni morbosi lasciò fiducia di miglioramenti ottenuti, ma furono illusorii: li accessi andarono via via aggravandosi, facendosi anche più frequenti e più lunghi: in alcuni si manifestò persino il delirio, con ispasimi e convellimenti generali, e intanto, anche per effetto dell'impropria medicina depletiva, sorse oligoemia con deperimento costituzionale.

Quando l'ammalata ci fu condotta, da 8 giorni gli accessi convulsivi si succedevano gli uni agli altri con brevissime interruzioni. Pallida per anemia, essa lagnavasi di forte cefalea con susurro alle orecchie, oscuramento di vista, oftalmalgia, fotofobia, formicolii alle estremità, insonnia, cardiopalmo con forti dolori alla regione precordiale. Nell'intervallo degli accessi generale era l'iperestesi, ma specialmente dolentissima la pressione alla regione spinale ed a quella del plesso solare; spingendo le dita profondamente in questa regione tosto si determinava l'accesso convulsivo: cosicchè la perdeva i sensi, restava come estatica, spasimi sussultorii e contratture generali avevano luogo e le membra come il tronco e il capo presentavano flessibilità cerea: queste parti prendevano senza grande difficoltà qualunque posizione anche incomoda e vi rimanevano per alquanti minuti: intanto la intelligenza era sospesa, e nelle estremità constatavasi la più completa anestesia: le carni si potevano pungere con aghi anche profondamente senza

che la minima sensibilità si destasse, e ciò mentre squisitissima era sempre al plesso solare; la pupilla dilatata, immobile, con strabismo or retto or superiore: spasimi delle palpebre: disfagia. Polsi piccoli, deboli, celeri: mentre all'infuori dell'accesso erano 70—72 le pulsazioni, nell'accesso arrivavano a 90: la respirazione frequente sempre a 45—48, negli accessi salì sino a 68. La temperatura fu sempre normale (36 4|5—37): dopo gli accessi un po' di vaniloquio e leggier delirio precedevano il ristabilimento della coscienza, che istantaneamente ritornava come se l'ammalata si svegliasse dal sonno: a volte però dopo cessata la catalessi perdurava a lungo l'estasi. Intanto poi erano continue la cerebralgia, la gastralgia, la pirosi con acidità di ventricolo, la coprostasi, la tensione del ventre, la disuria con orine calde, brucianti, la leucorrea. L'esplorazione mostrò flaccidi gli organi genitali, pervio l'ostio vaginale per avvenuta deflorazione: nessun sintomo di iperestesi vulvare: collo uterino liscio, allungato, dolorosissimo alla pressione, per cui si determinavano spasimi riflessi.

Coll'uso interno del liquore anodino dell'Hoffmann nell'acqua di foglie di cedro; con qualche bagno tiepido generale, diminuirono d'intensità e frequenza gli accessi nervosi: dopo pochi giorni si poteva comprimere la regione del plesso solare senza eccitare l'estasi catalettica. Gli spruzzi d'acqua fredda sulla faccia e sull'epigastro fecero soventi abortire gli accessi svegliando l'ammalata dall'estasi. La manifestazione di ripetute epistassi fece prendere l'indicazione di leggier sanguisugio anale all'epoca della mestruazione, che comparve solo il 7 maggio, e ancora durò poche ore: durante lo scolo emorragico artifiziale ebbe luogo un accesso. La comparsa di alcuni elminti lombricoidi nelle feccie ci portò all'uso di alcuni purgativi, richiesti anche dalla coprostasi; ma per questo

rapporto non si trovò alcuna corrispondenza di causalità. La ricorrenza degli accessi ad ore determinate indicò il chinino che ripetutamente fu amministrato in forma di solfato e di valerianato: con ciò parvero modificarsi e sospendersi gli accessi, ma sotto l'influenza di cause morali anche leggiere sempre si riprodussero, con epigastralgia, neuralgia cardiaca, chiodo isterico, bolo isterico, deliquii. Qualche accesso fu modificato colla corrente indotta: altri calmati col valerianato di ammoniaca; ma furono tregue passeggiere. I punti neuralgici e l'iperestesi del plesso solare furono palliati con iniezioni ipodermiche di idroclorato di morfina. Alcuni accessi convulsivi infine si resero più miti e più rari e meno lunghi colle iniezioni succutanee di valerianato di atropina, ma a volte accessi ebbero luogo durante lo stesso atto operativo fatto a scopo preventivo, e propriamente miglioramento dichiarato non si ottenne se non col tempo, e quando coi modificatori del ventricolo, magnesia, bismuto, acque ferruginose, si ridestò l'appetito e la nutrizione generale si migliorò, anche col benefizio del sonno procurato ora coll'anestesi eterea ora col laudano e simili paregorici.

Una malattia che mise in fin di vita il suo genitore pur troppo la richiamò al suo paese: era migliorata ma non guarita e successivamente altre volte dovette rientrare nell'ospedale in preda alle sofferenze nervose sopradescritte, sostenute sempre da malumori domestici e occasionate da cause molto diverse. Ricordo, p. e., che nell'inverno 1865-66 fu presa da un accesso d'estasi catalettica per essersi pochi istanti trattenuta in una camera riscaldata ad elevata temperatura forse 17°. La lunga durata di questa malattia parvemi attribuibile in gran parte alle influenze morali, *causa conjuncta* degli antichi: ma non sarò io nel vero se aggiungerò, che più forse dello spa-

vento avuto, l'abuso del salasso contribuiva alla sua genesi primitiva? Dicalo il lettore imparziale! Dopo quanto ne ho già detto, non ho da aggiungere verbo intorno ai danni della flebotomia nelle neurosi! Oramai che l'arte ha imparato a farne di meno nelle stesse apoplessie, chi vorrebbe farsene campione nel neurosismo isterico?

Apoplessia. Tre casi di questa forma morbosa occorsero in clinica: due in maschi, ed uno in donna: tutti e tre in persone vecchie — 62 — 69 — 79 anni. Per rapporto alla professione furonvi un falegname, un tessitore, una contadina. In due il temperamento era dichiaratamente sanguigno, nel terzo bilioso. Due portavano l'impronta di robusta, il terzo di gracile costituzione. Due erano vedovi, il terzo ammogliato. Tutti dati a vita faticosa e a vitto regolare, ma meschino, senza notevole abuso di liquori. In tutti la paralisi si osservò a sinistra, in uno restò permanente, in altro caso cessò quasi per intiero, nel terzo fu temporanea affatto. In quest'ultimo caso vi fu la forma della cosidettapa rapoplessia: l'individuo aveva avuto precedenze sifilitiche a 25 anni, curate nell'ospizio celtico di Torino, ed era stato due sole volte salassato, a 16 anni, per febbre sinoca. L'attualità patologica, all'epoca dell'entrata, 15 luglio, datava da 2 mesi ed era costituita da cefalea, capogiri, imbarazzo nell'articolare la parola e facile dimenticanza dei vocaboli, senso doloroso di stiramento alla guancia destra, oppressione di forze generali, senso di peso e di debolezza agli arti sinistri specialmente, fenomeni che trascurati nè crebbero oltre, nè più diminuirono. La cura igienica negativa, il solfato di magnesia ripetuto, un sanguisugio ai vasi emorroidali fecero completa ragione di questi fenomeni morbosi in soli 16 giorni.

Poco più lunga fu la permanenza della donna, ma diverso fu l'esito della cura fatta. Questa contadina, ve-

dova due volte, fu madre di cinque figli ed ebbe la funzione mensile da 14 a 45 anni: sofferse poche malattie, due delle quali furono trattate con 8 e con 12 salassi, ma ciò nella sua gioventù. A 72 anni, sette anni prima della malattia attuale, sofferse di edema acuto alla gamba sinistra, con vertigini, per cui le si fecero ancora emissioni di sangue: d'allora in poi stette bene fino sul finire di febbraio 1865, epoca in cui, per inspirazione di vapori di carbone e per qualche disordine gastrico, stando seduta sopra una scranna, fu improvvisamente sopra-presa da cefalea gravativa con capogiri e oscuramento della vista e tremito generale, per cui fu tosto salassata. Miglioravasi, ma accessi di febbri periodiche ne seguirono, per cui si fecero ripetute amministrazioni di preparazioni chinoidee. Dopo pochi giorni, senza nuove cause, mentre dessa già usciva per la città, ritornarono in scena li detti sintomi, vertigini, oscuramento di vista, gravame di capo, ma coll'aggiunta di paralisi al lato destro della faccia, ed all'antibraccio sinistro. In due soli giorni ritornò il parallelismo completo dei muscoli facciali, ma rimase l'impotenza dell'antibraccio sinistro per cui due mesi dopo, il 2 maggio, riparò in clinica.

La funzione essenzialmente lesa era quella del movimento dell'antibraccio sinistro: i muscoli estensori ed i flessori ed i supinatori della mano eseguivano movimenti lenti, difficili, incompleti: l'eccitabilità elettro-muscolare si trovò diminuita, la mano sinistra era edematosa con una temperatura un po' più elevata che non quella della mano destra. L'ammalata intanto si lagnava di formicolii e crampi alle estremità tutte, di cefalea vertiginosa, di vampe calorose alla faccia che era sempre rossa e suffusa; l'alvo difficile, poca l'appetenza: l'impotenza della mano sinistra la rendeva triste, inquieta, facile alle lacrime per minime cause. Si applicarono mignatte ai

vasi emorroidali, si prescrissero pillole aloetiche, si tentò la corrente indotta all'antibraccio sinistro, ma con poco vantaggio: e la miserella lasciava la clinica dopo 19 giorni, portando seco la sua paralisi parziale ed incompleta, temendo sempre e non senza ragione, eventi peggiori, avvegnachè l'età sua fosse un'opportunità gravissima di nuovi insulti apoplettici.

Più soddisfacente risultato si ottenne nel terzo ammalato, il falegname. Questi aveva nelle prime età sofferto di vaiuolo del quale portava le stimmati: a 35 anni era stato per un biennio bersagliato da febbri periodiche recidive: a 64 ebbe oftalmite con flemmone oculare a destra e fusione completa del globo, di cui non restò che un piccolo moncone. A 67 anni cominciò a soffrire, massime nell'inverno, di crampi alle estremità con formicolio, oppressione di forze, cefalea gravativa, rachialgia, stiramenti della muscolatura del dorso: sintomi che non furono per lui curati mai e nell'inverno 64-65 crebbero d'assai. Quando entrò nell'ospedale, il 15 febbraio 1865, da due mesi circa era in preda a cefalea gravativa e nel giorno stesso, stando a capo chino, e tronco incurvato, per segare un pezzo di legno, fu côlto da vertigine con subitanea impotenza di alcuni movimenti degli arti sinistri e difficoltà di parola. Furono questi fenomeni insieme con l'aumento della cefalea e dei crampi e formicolii, che determinarono finalmente il misero a desistere dal lavoro per ricorrere all'arte.

Alla prima visita si trovò faccia iniettata, cefalea gravativa, crampi e intorpidimento alle estremità, con impotenza e senso di peso gravativo a tutto il lato sinistro: difficili i movimenti specialmente di flessione dell'antibraccio, della mano e delle dita all'arto superiore sinistro, che cadeva penzolone al lato del tronco, da cui non senza difficoltà e molto incompletamente poteva essere divari-

cato: sensibilità cutanea ovunque normale: faccia composta: facoltà intellettuali libere: memoria perfetta: qualche lieve imbarazzo nella parola: tendenza al sonno: nessuna lesione de' sensi specifici: respirazioni 24, polsi 72, temperatura 36 3|5 con secchezza dei comuni integumenti: suoni del cuore alquanto velati: inappetenza, alvo chiuso: nulla di anormale nelle funzioni uro-genitali. Diagnosticai apoplessia con versamento emorragico circoscritto alle parti basilari dell'emisfero cerebrale destro.

Prescrissi tosto una tisana lassativa col sal d'Inghilterra; nel secondo giorno detti ancora acqua imperiale con solfato di magnesia, ed al terzo dì feci praticare un sanguisugio dai vasi retro-mastoidei; 8 sole mignatte, per mezzo di regolari fomentazioni successive, dettero un'abbondante emorragia e con sollievo. Mentre però cessò la cefalea, cessarono i crampi e l'intorpidimento generale, e la parola si fece più libera e la sonnolenza diminuì, e l'alvo si mosse in abbondanti scariche; pressochè immutata rimase da principio la paresi del deltoide, del bicipite, dei flessori delle dita, del cubitale anteriore sinistri: dal letto la gamba e 'l piede sinistri parevano bensì liberi ne' movimenti, ma la forza di reggersi in piedi all'ammalato mancava: intanto le respirazioni oscillavano fra 20 e 24, le pulsazioni discendevano a 68 — 64 — persino a 57 e la temperatura variava in frazioni di grado fra 36 1|5 e 36 4|5. L'alvo dopo le purgazioni ottenute era ritornato stittico: allo scopo di fare una rivulsione dal capo e rendere più facile l'assorbimento dell'umor effuso nel cervello ordinai cartoline di resina di gialappa, diagridio e calomelano (0,50 per caduno in 20 pillole da p. 2 ogni 4 ore). L'effetto diretto ed immediato furono abbondanti scariche: il mediato ed indiretto fu un lento e progressivo miglioramento. Le

dette pillole furono tre volte ripetute, rallentandone l'amministrazione più o meno a seconda delle evacuazioni prodotte. Sul principio di marzo si desistette infine da ogni medicina: con un regime nutriente progressivamente crescente si cercò di riparare alle perdite sofferte; e mentre lo stato generale si migliorava a segno che nello spazio di 9 giorni potè essere constatato un aumento di peso, da grammi 45,500 a 46,000, gradatamente ritornarono pressochè intieri i movimenti. Dopo 46 giorni di permanenza nell'ospedale l'infermo ne usciva reggendosi perfettamente sull'una come sull'altra gamba e portando solo un leggier grado di debolezza, e impotenza all'arto superiore sinistro, che può benissimo essere ancora cessato del tutto col tempo. (Il diario clinico fu redatto dal D. Astesiano).

In tutti e tre questi fatti, che contraddirebbero alla legge da alcuni stabilita della maggior frequenza dell'emiplegia a destra, la causa predisponente all'apoplessia pare sia stata l'età, ossieno le modificazioni istologiche che nelle pareti vascolari arteriose sono prodotte dalla vecchiaia; come cause poi occasionali troviamo l'incuria di fatti congestizi cefalici, l'inspirazione dei vapori di carbonio, gli sforzi muscolari in posizione meno conveniente. Per rispetto al trattamento curativo i casi narrati mostrerebbero quanto utile si possa trarre e dai rivulsivi intestinali e dai sanguisugi derivativi e rivulsivi nel trattamento dell'apoplessia, contro la quale non è sempre indicato il salasso, che non cura l'emorragia cerebrale e nemmeno sempre la previene, come appunto dimostra l'osservazione seconda.

Meningo-cerebrite. In nessuno dei tre casi di apoplessia occorse flogosi cerebrale, e forse questa non è l'ultima delle ragioni per cui la forma morbosa non fu imponente, e gli esiti furono abbastanza favorevoli; avve-

gnachè la cerebrite sia non rara cagione di gravi fenomeni morbosi e di più gravi conseguenze negli apoplettici. Rara malattia è la infiammazione del cervello e degli involucri cerebrali e come nell'altro rendiconto ebbi a citarne pochi casi, così anche in questo non ne tengo che due.

Una donna di casa, di temperamento linfatico-sanguigno, di buona costituzione, sposa di sei mesi, entrò in clinica il 6 luglio 1865 per morire il giorno 8. Dal memoriale storico sommariamente raccolto, e anche un po' incompletamente, risultò che aveva sofferto il vaiuolo a 7 anni e che solo a 17 anni mestruavasi e ancora con molti dolori alla regione ipogastrica e lombare, i quali ripetendosi anche nella sua prima gravidanza furono causa di aborto al quarto mese. Durante questa gravidanza molto sofferse e sempre per disturbi intestinali, dolori addominali, diarrea con dieci ed anche quattordici evacuazioni nelle 24 ore, ragione per cui presto ne sorgeva idroemia e pronunciata edemazia alle estremità inferiori.

Contro questi fatti morbosi adoperò semplici bevande tamarindate, e intanto continuò nelle domestiche sue faccende: e l'incuria aggravò il suo stato per modo, che, dopo l'aborto, quantunque avesse avuto un temporaneo sollievo e della diarrea e dell'edema alle estremità inferiori, peggiorò di tanto, che al terzo giorno comparve febbre ardente con più forte diarrea, meteorismo, delirio. Non ben risultò quale cura fosse stata fatta: essa però fu condotta all'ospedale solo dopo 14 giorni dall' avvenuta sconciatura, ed in uno stato morboso a forma tifoidea perfetta. Duolmi che lo stato delle varie funzioni all'epoca della prima visita non sia stato diligentemente notato nel diario clinico che durò due soli giorni, e segnò un rapido aggravamento: malgrado il decotto bianco

del Sydenham leggiermente laudanizzato continuò la diarrea profusa e il meteorismo; le labbra e i denti si resero fuliginosi, la faccia prese l'aspetto ippocratico, i polsi si fecero piccoli ed irregolari, sottentrò il sopore al delirio e in mezzo allo stertore della respirazione la misera esalava l'anima sua la sera dell'8 luglio alle ore 9 pomeridiane. Le orine sul sospetto di albuminuria e di uroemia ripetutamente cementate non dettero mai segni di albumina presente.

L'autopsia, me assente, era praticata il 10 alle ore 3 pomeridiane. Ecco il risultato necroscpico che mi fu comunicato. *Nel cranio* si trovò cervello voluminoso, consistente, con induramento specialmente notevole nel midollo allungato e nelle eminenze olivari: le vene meningee erano turgide di sangue con un trasudamento albuminoso sotto aracnoideo e raccolta di siero nel gran sacco dell'aracnoide e nei ventricoli. *Nel petto* nulla si trovò di notevole tranne una grande quantità di schiuma bronchiale: parenchima polmonare dappertutto crepitante, leggier grado di ipertrofia del cuor sinistro: cavità cardiache vote di sangue. *Nell'addome* le intestina apparvero molto distese da gaz, colla membrana mucosa tumida, gonfia in corrispondenza delle valvole conniventi: qualche leggiera ulcerazione a fior di mucosa nell'ultima porzione dell' intestino crasso: ghiandole mesenteriche tumide, grosse, dure, resistenti al taglio, collo stroma molto arrossato: milza normale, fegato di color giallognolo pallido per infiltrazione adiposa (steatosi epatica): reni voluminosi, piramidi di color rosso-scuro, sostanza corticale giallognola per istato grassoso: la lesione renale era più pronunciata a destra che non a sinistra: le poche orine raccolte in vescica non furono trovate albuminose. L'utero non era ancora ridotto: esso presentava tuttora il volume che al secondo mese

di gravidanza può avere, con pareti flaccide, assottigliate, molliccie, e l'interna superficie mucosa tomentosa, di color rosso livido, coperta di uno strato come di feccia di vino: nelle mamme non si trovò traccia di latte: le ghiandole mammarie erano atrofiche e quest'atrofia corrispondeva al generale stato di marasmo.

Manifestamente in questo caso la meningo-cerebrite fu secondaria di enterite associata a stato puerperale: lo stato della milza, dei follicoli del Pejer e del Brunner, la vacuità del cuore, mostrarono come di febbre tifoidea non vi fosse che una forma; e nemmeno si sarebbe potuto chiamare quella malattia una febbre puerperale, quantunque puerperio vi fosse. La lenta entero-colite dovette favorire l'aborto e questo per le modificazioni funzionali che produsse dovette alla sua volta aggravare la flogosi intestinale; e, per la febbre insorta, e la localizzazione meningo-cerebrale, essere causa di morte per apoplessia sierosa e sincope. Amo notare la steatosi epatica come fatto anatomo-patologico frequente nelle puerpere che soffersero di lunga diarrea (1); e la steatosi renale che pure non è rara nella gravidanza, d'onde l'albuminuria delle gravide; questa però nel nostro caso non fu constatata malgrado l'esistenza dell'edema alle estremità inferiori, che più plausibilmente parve potersi attribuire all'idroemia causata dal lungo profluvio intestinale.

Grave malattia è sempre la meningo-cerebrite: e parlando dei due soli casi che ne ebbi in clinica, debbo riferire due decessi!

(1) Un esempio di fegato cereo di enorme volume l'osservai alcuni anni or sono nella mia sezione dell'ospedale in una puerpera che vi ci era trasportata dalla Maternità, e che sofferse appunto di ostinatissima diarrea.

Il secondo l'osservai in un giovinetto d'11 anni che il 21 dicembre 1864 fu portato alla clinica in istato così grave, che per l'anamnesi dovetti ricorrere intieramente alla sorella di maggiore età (19 anni) che l'accompagnava. Essa ci narrò prima di tutto di essere orfani e di avere in pochi anni perduto e il padre per artrocace ad un ginocchio, e la madre per idropisia generale, ed alcuni fratellini. Questo giovinetto debole e gracile per natura, con intelligenza assai svegliata, ragione per cui distinguevasi tra li scuolari suoi compagni, con abitudini di vitto un po' meschine e grossolane, mal riparato delle ingiurie atmosteriche per troppo leggieri vestiti, abituato a dormire in una stalla umida e male aereata, non avrebbe però mai sofferto altre malattie all'infuori delle febbri periodiche endemiche nel suo paese (Venaria Reale), le quali nel decorso del 1864 e ripetutamente l'avevano colpito ed erano state curate sempre colle preparazioni chinoidee. Era appena rimesso da una di queste recidive, quando verso la metà di dicembre, nove giorni prima di essere portato all'ospedale lagnavasi tutto ad un tratto di forti dolori addominali e vomiti e cefalea violenta con ostinata coprostasi che durò per ben otto giorni completa. Questi sintomi crebbero e specialmente i dolori di testa si fecero a segno tormentosi da farlo gridare e giorno e notte, e da togliergli i sensi. Fin dal giorno 20 dicembre cominciò la smania, l'agitazione, il delirio con ispasimi tonici e forma tetanica e predominio d'azione dei muscoli flessori e adduttori delle estremità, in ispecie delle superiori. Ignoranza e miseria impedirono che cura regolare fosse fatta prima della sua entrata nello Instituto clinico.

Alla prima visita si constatò nel suo abito esterno una macilenza innoltratissima con pelle flaccida, scolorata e

atrofia del sistema muscolare: il volume del cranio faceva contrasto coll'aspetto senile e mummificato della faccia: gli occhi spenti, dilatate ed immobili le pupille, semichiuse le palpebre con molta cispa palpebrale, la conoscenza abolita: la sensibilità accresciuta sulle pareti addominali tese e rattratte; abolita in altre parti; li arti superiori forzatamente avvicinati al tronco con adduzione e flessione spasmodica delle mani e delle dita; li arti inferiori contratti in semi-flessione. L'aprimento della bocca e la deglutizione erano atti puramente automatici: i vomiti cessati: l'alvo sempre chiuso: nulla di notevole nella respirazione: la temperatura, *ad tactum* accresciuta, non potè essere esattamente misurata col termometro per i movimenti convulsivi dell'ammalato: i polsi piccoli, minuti, frequenti non poterono essere ben contati anche per i subsulti dei tendini flessori delle dita: nulla di notevole al cuore tranne la frequenza di ritmo e 'l timbro metallico; l'area epatica e splenica molto estese indicarono volume accresciuto di questi organi: la milza inoltre era mobile nell'ipocondrio al di sotto del margine costale. Il diagnostico fu di idrocefalo acuto per meningite: stando alle condizioni generali del malato ed all' ereditarietà (artrocace del padre) la si giudicò di natura tubercolare. Il pronostico era per ciò gravissimo: la cura si cominciò colla rasura dei capelli e frizioni d'unguento napoletano sul capo — con quattro sanguette, due per parte ai processi mastoidei e cinquanta centigrammi di calomelano ripartitamente somministrati. Le poche evacuazioni ottenute fecero aggiungere poi la resina di gialappa al protocloruro di mercurio. La suddescritta fenomenia morbosa guarì, non si modificò; continuò la stitichezza con qualche raro vomito: continuarono le grida encefaliche specialmente di notte tempo, continuarono le contratture, il sopore: so-

pravenne inoltre un tumore infiammatorio alla parotide sinistra che rapidamente passò a suppurazione e dopo quattro giorni dette luogo a due ascessi uno nel meato uditivo, l'altro esterno che venne aperto dall'arte con esito di abbondante suppurazione. Questo epifenomeno però non modificò per nulla la malattia principale che corse all'esito suo naturale, l'apoplessia sierosa: la denutrizione crebbe rapidamente sino al marasmo: comparve enuresi e senz'alcun benefizio dai rimedii adoperati l'ammalato periva il 31 dicembre alle ore 11 antimeridiane. Un'irregolarità di servizio tolse di fare la sezione necroscopica e me ne dolse assai, avvegnachè interessantissima dovesse essere: con tutto ciò, sebbene incompleto, ho creduto di riferire il fatto come quello che mi pare abbia presentata la fisionomia tipica di questo genere di malattia, la quale se quasi sempre riesce fatale, a volte però non dà la morte così rapidamente, ma solo a capo di un lungo corso e molte alternative di bene, di male e di peggio. La continuità dei sintomi morbosi spiega nel caso nostro la prontezza dell'esito infausto, a cui la debolezza costituzionale e le precedenti febbri e lo stato cachettico generale dovevano predisporre.

Noteomielite-Atassia locomotrice. Se la è cosa dolorosa riferire decessi, non è meno sconfortante parlare di malattie che se non riescono fatali, sono però superiori ai mezzi dell'arte; tale è quel processo patologico del midollo spinale che si rivela colle forme dell'atassia locomotrice, nome nuovo con che da Duchenne venne in questi ultimi tempi designata una malattia pur troppo antica. Due casi ne ebbi in clinica ed entrambi in maschi già innoltrati negli anni, coniugati, di tempra bilioso-sanguigna, di costituzione fisica mediocre, con abito di corpo macilento, abituati ad un meschino vitto, l'uno come calzolaio dato a vita sedentaria, l'altro alla vita fa-

ticosa del contadino: entrambi rimasero a lungo in cura e non ottennero che leggierissimo miglioramento.

Il calzolaio era uomo sui 60 anni: entrava in clinica il 16 dicembre 1864 per non uscirne che al 23 marzo 1865: di precedenze morbose poco seppe dire: accennò di avere sofferte le terzane a 24 anni; e di essere stato a 37 anni preso da grave melanconia, con ipocondriasi, della quale liberavasi a capo di due mesi con una cura che non fu in caso di definire: di sifilide e di reumatismi per suo asserto non sofferse; di venere e di bacco non abusò mai: l'attuale malattia esso attribuì ad una caduta in un pozzo nero avvenuta a 57 anni: quali lesioni egli ne abbia riportato non seppe dire, ma d'allora in poi sofferse sempre di dolori alle estremità inferiori, specialmente dal lato destro, a volte intensissimi, massime per effetto di fatiche e di sbilanci atmosferici, dolori che si accompagnarono con impotenza lentamente progressiva delle estremità inferiori, con molesto senso di strettura alla base del torace, e coprostasi, e nausee, e inappetenza, e generale abbattimento di forze fisiche e morali, e deperimento costituzionale. Tentò varie cure, ma o fossero insufficienti, o mal dirette, o non abbastanza continuate, riescirono a nulla: dopo tre anni ricorreva all'ospedale.

Incerto e barcollante ne era l'incesso, a stento camminava, senza potere dirigere a volontà i movimenti delle estremità inferiori, difficilmente stava fermo sui due piedi; in questa posizione chiudendo gli occhi sentiva mancargli l'equilibrio e per poco non cadeva: il che non impediva che stando nel letto, in posizione orizzontale, potesse alzare, piegare, estendere le estremità inferiori e resistere anche con qualche energia alla flessione violenta che si fosse tentata sull'articolazione del ginocchio. La sensibilità cutanea era normale, ma agli arti inferiori

l'ammalato provava sempre un senso di freddo: e forti, acuti, folgoranti, terebranti dolori di tempo in tempo il prendevano sì di notte come di giorno; e non solo dal destro ma anche dal lato sinistro; e insieme una fascia dolorosa lo stringeva alla base del costato con rachialgia e senso di forte bruciore alla regione lombare: l'alvo difficile e restìo rendeva il ventre teso, dolente, con flatulenze, nausee, pirosi: e intanto l'ammalato lagnavasi di cefalea, di insonnia, di malessere generale, senzachè alcun'altra funzione fosse notevolmente alterata, nè la respirazione, nè la circolazione, nè la termogenesi, nè la emissione delle orine: quello che vuol essere notato ancora gli è, che l'ammalato mostrò sempre grande verbosità, esprimendo, come gli ipocondriaci fanno, con ogni sorta di descrizioni più o meno patetiche le sue sofferenze, che pel freddo umido e per le meteore ventose solevano esacerbarsi.

Le indicazioni terapeutiche erano evidenti: 1° promuovere l'alvo: e ciò si fece con pillole aloetiche e clisteri purganti: 2° calmare i dolori; al qual risultato si arrivò coll'uso interno dell'estratto di belladonna che fu assai poco tollerato; e più specialmente poi colle iniezioni ipodermiche di cloridrato di morfina: le quali però a dose piccola, di uno o due centigrammi, davano effetti poco sensibili, e a dose maggiore, di tre centigrammi, calmavano sì intieramente i dolori, ma con tinnito alle orecchie, offuscamento della vista, senso di deliquio, nausee, vomiti, cefalea, vertigini, gravame di capo e soverchia sonnolenza, che ne facevano sospendere l'uso; 3° sostenere le forze della nutrizione; al che si provvide coll'uso di un regime tonico, riparatore e dieta lattea; 4° curare la malattia del midollo spinale: a questo scopo si tentò il nitrato d'argento da alcuni vantato nell'atassia locomotrice; ma senza vantaggio di sorta ne furono

consumati in 20 giorni 20 centigrammi e se ne desistette: si applicò infine un caustico di Vienna della larghezza di due franchi alla regione dorso-lombare. Qualche piccolo vantaggio si ottenne: a volte all'ammalato parve potersi reggere sulle piante ad occhi chiusi, i dolori lasciarono anche qualche tregua, l'alvo si rese più facile, lo stato generale migliorò tal poco: ma questi vantaggi furono ben piccola cosa e dopo una permanenza di 97 giorni nella clinica l'ammalato se ne usciva col suo passo sempre incerto, e sofferente or più or meno a seconda dei capricci atmosferici!

Più complicato fu il fatto nel contadino e con forma di atassia locomotrice meno dichiarata; quest'individuo d'anni 50 entrò nell'ospedale il 17 maggio e vi stette fino al 9 luglio 1865. Di precedenze morbose egli non ebbe a narrarne molte: disseci di avere sofferta la varicella a 10 anni — di essere stato salassato due volte a 12 anni per febbre reumatica — di avere a 30 anni sofferte le terzane, curate, come una volta si usava tra noi, con qualche salasso e poi il chinino. Ora da due mesi sarebbe stato ancora in preda alle febbri periodiche: curate cogli amari guarirono, lasciandolo però in uno stato valetudinario per dolori e debolezza alle estremità inferiori, per cui appunto ricorreva all'ospedale.

Alla prima visita si riconobbe un abito cutaneo pellagroso senzachè risultasse però di precedente, nè vi fosse presente fioritura pellagrosa alle consuete regioni della faccia, del petto, del dorso: nessuna funzione essenziale era lesa, tranne quelle di senso e di moto nelle estremità inferiori: normali le digestioni, regolare l'alvo, libero il respiro con leggier catarro bronchiale, regolare l'azione del cuore, polso fra le 60 e le 65 battute: la temperatura ascellare + 37: orine normali per densità, colore, quantità e modo di espulsione: iperestesi, pare-

stesi con senso di calore urente alle estremità inferiori, formicolii, subsulti a scosse ricorrenti e dolori trascorrenti: movimenti facili e liberi nella posizione orizzontale del decubito; impotenza, imbecillità nei movimenti a corpo eretto; l'ammalato si regge in piedi anche ad occhi chiusi e cammina, ma con istento, incerto, barcollante: ha la sensazione come se camminasse sulle spille: dolorosa riuscì la pressione alle ultime vertebre dorsali e prime lombari; mancò pur tuttavia quel senso di dolorifica strettura alla base del torace che si notò tanto tormentosa ed ostinata nell'altro malato. Bastavano però i dolori folgoranti e a volte laceranti ai polpacci delle gambe per togliergli soventi il benefizio del sonno.

Portai diagnosi di noteomielite dorso-lombare e congestione spinale e tosto prescrissi un'operazione di coppe scarificate alla regione spinale dolente, da cui si ebbe un notevole e pronto, ma non duraturo benefizio: presto ricomparvero dolori alle estremità inferiori, colle forme di neuralgie poplitee — tibiali — peroniere: e intanto senza che si rendesse frequente il polso e la temperatura andasse oltre il 37° grado, comparve abbondante sudore con eruzione di bollicine migliari (migliare apiretica). Sospettai che quest'eruzione potesse avere rapporti coll'affezione spinale e sperando, quella a questa favorevole, cercai di promuover la crisi cutanea coll'aconito, aggiungendovi il laudano per sedare i dolori. L'eruzione fu passeggiera e non modificò per nulla la sintomatologia della mielite spinale, che, rifattasi completa, mi spinse ad una nuova operazione di coppe scarificate; esse più non riuscirono utili come la prima volta nè come depletive, nè come rivulsive, tuttochè i tagli profondamente fatti abbiano anche lungamente suppurato. Miglior risultato non produssero l'aloe e il calomelano che pur dettero abbondanti scariche. Contratture, crampi,

dolori persistevano e si aggravavano ogni qual volta l'ammalato scendeva dal letto per far saggio delle sue forze. Si tentarono iniezioni succutanee di atropina e di valerianato di atropina, ma si dovette dalle medesime desistere tosto per insorte vertigini e offuscamenti di vista quantunque la dose adoperata non fosse che di milligrammi. Assai più utili tornarono anche in questo caso, come palliative s'intende, le iniezioni di cloridrato di morfina: le quali, cosa notevole, se operate da un sol lato, calmavano i dolori da quel lato soltanto: per colpire i due lati e fare una puntura soltanto si preferì quindi di farle più specialmente alla regione lombare. Il nitrato d'argento all'interno fu dato senza danno, ma senza pur ombra di vantaggio. La comparsa di alcuni furoncoli alli polpacci delle gambe, non modificò per nulla la sindrome fenomenica, la quale anzi il 26 giugno si fece più grave: i subsulti si cambiarono in contrazioni quasi tetaniche e i dolori si resero ad un tempo più intensi: dieci mignatte alla regione dorso-lombare ammansarono questi fenomeni ma non li fecero cessare affatto: fu giuocoforza ritornare alle iniezioni ipodermiche morfinate. Per esse soltanto l'infelice infermo potè migliorarsi a segno da ritornare al suo paese dopo una cura di 53 giorni: soffriva assai meno, camminava anche senza appoggio, ma sentendosi sempre mal fermo, debole, inetto a reggersi sopra una sola gamba, mal sicuro de' suoi passi: e sì che la cura tonica e 'l regime nutriente, coll'aggiunta delle acque ferruginose, erano stati diretti a sostenere le forze cadenti di quell'affralita costituzione. (Tenne nota di questo fatto clinico il signor dott. Zanzotti).

Ho riferiti questi due casi alla noteomielite: per l'ultimo non credo vi possa esser luogo a dubbietà diagnostiche: in esso migliare vi fu, ma come fatto morboso

intercorrente che passò senz'altro; ciò che importa notare gli è che trascorse senza modificare per nulla l'andamento della malattia principale, la quale pertanto nessuno avrebbe potuto considerare come una migliare larvata; per via d'esclusione io credetti di potere riconoscere come influenza causale lo stato pellagroso che frequentissimamente predispone alle congestioni ed alle flogosi dei centri nervosi.

Quanto all'altro caso la diagnosi di noteomielite sarà accettata da chiunque non voglia attenersi alla sola diagnosi di forma, che nel caso concreto fu l'atassia locomotrice, e consideri che se questa si manifesta a vece della ordinaria paralisi, ciò forse dipende dalla sede della flogosi.

Stando agli studi fatti dal dottore Bouchard, quella paraplegia che si manifesta colla forma della mancante coordinazione dei movimenti (atassia locomotrice) sarebbe in rapporto con una *sclerosi* dei cordoni posteriori, la quale, come risultante da ipertrofia del connettivo, ossia del neuroglia, e dall'atrofia delle cellule e canalicoli nervosi, sarebbe appunto un esito di lenta flogosi, sorta o per lente congestioni, o per commozione spinale, come pare probabile sia occorsa al calzolaio di cui ho narrato la storia morbosa.

La *paraplegia spasmodica* per contro, come la chiama il Bouchard, sarebbe attinente ad una *sclerosi* dei cordoni laterali del midollo spinale: e se realmente essa vorrà essere distinta come una specie a parte, potremo alla medesima riferire il fatto del contadino da me sopra esposto; nel quale la ricorrenza di spasimi clonici e tonici, a forma di sussulti e crampi, venne però ad associarsi alla forma atassica (disordine dei movimenti), indicando come vi possano essere forme morbose composte, corrispondenti a localizzazioni patologiche moltiple sì e come il Bouchard

stesso ha dimostrato in due pregievoli suoi scritti che hanno per titolo: il 1° *De l'Ataxie locomotrice progressive au point de vue de ses lésions anatomiques et de ses rapports avec d'autres maladies peu connues de la moëlle épinière*: il 2° *Note sur la lésion des cordons latéraux dans l'ataxie locomotrice progressive et sur les particularités symptomatiques qui s'y rattachent* (1).

Citando il Bouchard ho voluto rendere il dovuto omaggio ad un autore che in questi ultimi tempi si rese benemerito degli studi anatomo-patologici che si riferiscono alla midolla spinale ; sulle conclusioni cliniche che da essi ne deriva non vorrei però essere per ora esclusivo, tanto più che in qualche parte sarebbero contraddette da altri osservatori. Westphal nella seduta del 10 aprile 1867, nanti l'Accademia medica di Berlino, parlando delle lesioni del midollo spinale nella paralisi generale degli alienati, riferiva come nei cordoni posteriori a volte si trovi una diminuzione degli elementi nervosi, con adiposità della membrana avventizia dei vasi, e degenerazione adiposa dello stesso tessuto nervoso , nel quale caso la forma clinica arebbe quella della tabe spinale, col sintomo speciale della caduta ad occhi chiusi: mentre colle stesse lesioni anatomo-patologiche risiedenti nei cordoni laterali, o contemporaneamente in questi e nei cordoni posteriori, non avrebbe luogo l'accennato sintomo e la forma generale sarebbe semplicemente quella della paraplegia (2).

(1) Di queste memorie è fatta onorevole menzione nel mio rapporto sul concorso al 1° premio Riberi. Di esse riferiva favorevolissimamente all'Accademia nostra il socio Garbiglietti con quella esattezza e diligenza veramente coscienziosa che distinguono l'operoso accademico, al quale duole non serva l'udito come serve la robusta e sempre fresca sua intelligenza!

(2) V. *Berliner Klinische Wochenschrift*, — 29 aprile 1867.

Dietro queste differenze tra le osservazioni del Bouchard e quelle di Westphal lice conchiudere, che per il midollo spinale siccome la localizzazione delle varie funzioni fisiologiche lascia sempre molto a desiderare, così pure la qualificazione della lesione anatomo-patologica in rapporto colla forma morbosa la è tuttora mal definita.

Malattie dell'apparato della visione. A complemento delle malattie del sistema nervoso mi restano a dire alcune poche cose intorno all'organo del senso specifico che alla vista serve. L'importanza fisiologica di questo organo, e la frequenza con cui il medesimo si trova esposto alle cause esterne, in ispecie alle reumatizzanti, fanno sì che non tanto di rado si trovino delle ottalmopatie nelle sale destinate alla medicina clinica: in una giovane affetta di stato reumatico, p. e., osservammo una congiuntivo-cheratite ulcerosa al lato sinistro: e ai brividi di freddo con dolori contusivi generali, al malessere indefinito si associavano forti dolori periorbitali a forma di prosopalgia sopraorbitale doppia, con arrossamento delle congiuntive, e della sinistra in ispecie, fotofobia, epifora, e un'ulceretta corneale verso la metà del segmento interno, dove un leucoma mostrava le già passate cheratiti ulcerose, che erano state curate sempre con ripetuti salassi. Questa volta con un infuso di tiglio stibiato e un collirio preparato con mucilagine arabica, estratto di belladonna e acqua coobata di lauro ceraso la malattia risolvevasi completamente: dopo soli 7 giorni l'ammalata lasciava l'ospedale.

In altro individuo entrato in clinica per febbre reumatica con catarro bronchiale e intestinale e prosopalgia doppia, che duravano da otto giorni, trovammo una congiuntivite catarrale che datava da oltre un mese e mezzo, e per essere stata trascurata aveva determinata una lenta dacrio-cistite con tumore lacrimale. Guarita la febbre,

la tosse, la diarrea, il catarro congiuntivale si modificò con un collirio astringente: perdurava l'epifora col tumore lacrimale indolente, per cui, dopo 30 giorni di permanenza nella clinica, fu consigliato di ricorrere all'ospedale oftalmico.

Un terzo caso di congiuntivite associata a chemosi sierosa (edema sottocongiuntivale) l'osservai in giovinetta tabaccaia che stette ben 42 giorni in clinica per febbri periodiche, catarro di petto, pleurite e vajuoloide: la congiuntivite cominciò a destra; guarita questa si manifestò a sinistra: d'ambi i lati prontamente guariva con alcune pozioni stibiate.

Un quarto caso di congiuntivite l'osservai in altro malato che quantunque vaccinato con felicissimo successo entrava all'ospedale con una febbre vajuolosa al periodo di eruzione, la quale era stata preceduta dal morbillo: fu da questo che ripetere si dovette il catarro congiuntivale imperocchè pustole vaiuolose sul margine palpebrale e sulla congiuntiva non se ne sieno viste. Malgrado questa duplice eruzione l'ammalato guarì in soli 13 giorni, e anche della congiuntivite, senza alcuno speciale rimedio.

Un quinto caso di congiuntivite vidi con forma pustulosa in altro dei tignosi di cui ho a tempo e luogo riferito: n'era causa la struma e coll'olio di fegato di merluzzo essa andò a guarigione senza concorso di rimedii locali.

Più interessante fu un caso di *Emeralopia* in un individuo affetto da bronchio-pleuro-polmonite lenta con antiche aderenze pleuro-polmonari. Era un falegname di anni 56, di tempra biliosa, di gracile e meschina costituzione, che entrò nella clinica il 2 e ne uscì il 17 giugno 1865. Al dottore Ambrogio Bartolomeo, che ne scriveva il memoriale storico, esponeva di avere sofferte

molte malattie infiammatorie, per cui, ad ogni primavera specialmente, veniva ripetutamente salassato: in 40 anni gli si fecero oltre cento e cinquanta salassi (!), per risipole facciali, per pleuro-polmoniti, per sinoche e febbri intermittenti, e ancora per due infezioni scabbiose (!!). Ora da cinque mesi soffriva di cefalea gravativa e stringente come se un cerchio di ferro gli stringesse la fronte, di tosse, debolezza e malessere, cui da quindici giorni si aggiungevano stanchezza di membra, nausee, oscuramenti di vista, perdita anzi completa della vista nelle ore vespertine e durante la notte, e vertigini caduche nel giorno. Fu appunto per una caduta che si determinò di ricorrere all'ospedale.

All'esame obbiettivo si trovò grande dimagramento e ipotrofia muscolare generale: faccia arrossata con cianosi delle labbra: vene giugolari molto turgide, traballamento pulsatorio delle arterie carotidi, con sonnolenza e persistente cefalea gravativa, pulsante, stringente: i globi oculari turgidi, duri, indolenti, con pupilla dilatata e poco mobile e offuscamento leggiero della camera posteriore: l'ottalmoscopia dimostrò notevole congestione retinea, ed un lieve opacamento della lente cristallina più pronunciato nel centro che nella periferia. L'inspirazione era completa, il numero delle respirazioni 30, con un dolore pungente alla sommità del polmone sinistro: il torace per un gran tratto nelle parti basilari e marginì posteriori era molto ottuso con difetto di rumor vescicolare, soffio bronchiale e rantoli mucosi, sibilanti, russanti, con tosse molesta e espettorazione siero-mucosa a volte striata di sangue; e nausee e vomiti e inappetenza con alvo normale e ventre del tutto trattabile. Nulla di rimarchevole nel centro della circolazione, tranne frequenza di ritmo ed estensione di suoni a destra: oscurità di toni a sinistra: polsi piccoli, oscillanti

fra 80 e 100 per minuto: temperatura fra 37 e 37 3|5: l'aumento della temperatura e della frequenza del polso corrispondeva alle ore vespertine.

Dopo qualche piccola dose di tartaro stibiato con acqua coob. di lauro ceraso nella mucilagine di gomma, da cui si ebbero abbondanti evacuazioni alvine e vomiti, tutta la fenomenia morbosa si modificò in bene: si sviluppò ancora qualche leggier grado di febbre nel giorno 5 giugno, ma il 7 l'apiressia fu perfetta, i polsi si trovarono a 70, le respirazioni 24, la temperatura 36 3|5; il rumor respiratorio vescicolare si fece sentire più distinto e con un leggier fregamento pleurale alla sommità di sinistra prima non sentito, e con bolle di rantoli sottocrepitanti o mucosi disseminate: col generale miglioramento anche la vista si migliorò e 'l giorno 11 giugno, senz'altra cura che l'emeto-catartica, l'emeralopia era cessata affatto: ricomparve di poi in qualche sera e massime quando si volle ripetere l'ottalmoscopia, ma non ebbe altro seguito. Quantunque persistesse la tosse; e l'ottusità del torace in qualche punto e il difetto di rumor vescicolare corrispondente, e la tosse con espettorazione mucosa, spessa, galleggiante in molta sierosità, dimostrassero persistente la bronchio-polmonite lenta; l'ammalato sentendosi appetito, libero dalla cefalea, dalle vertigini, e godendo buona vista sì di giorno che di notte, per effetto della regolarizzata circolazione e del più facile ritorno del sangue dal capo al cuore, volle lasciare l'ospedale dopo una permanenza di soli 15 giorni, tempo per fermo insufficiente a vincere una malattia di petto che da cinque mesi durava, ma che bastarono a superare i dissesti idraulici lasciati dal difficile circolo venoso. L'emeralopia pertanto restava spiegata a priori ed a posteriori quale effetto di iperemia cerebro-oculare: non ho creduto la medesima avesse rapporto

di sorta col salasso tanto abusato, ma piuttosto colle malattie che lo avevano non direi indicato ma fatto praticare; malattie in cui l'iperemia cerebro-oculare essendosi ripetuta più volte, dovette determinare quelle ectasie capillari che tanto facilmente predispongono poi a nuovi dissesti funzionali per fatti morbosi congestizi.

Frequenti sono le malattie oculari in rapporto collo stato della circolazione capitale: a questo proposito non è priva di qualche interesse la seguente osservazione:

Una giovane cucitrice, d'anni 12, di temperamento linfatico-sanguigno, bionda, di mediocre costituzione, non mestruata ancora, entrò in clinica il 14 febbraio 1865: vaccinata con successo, non ricordava altra malattia se non che il morbillo avuto un anno prima, e ostinate febbri periodiche nel 1863 per ben sei mesi sofferte, dopo le quali, nel gennaio 1864, cominciò ad accorgersi di leggiero affievolimento della vista (astenopia) nelle ore vespertine, con dolori periorbitali. Quando entrò nell'ospedale da otto giorni era in preda a generale malessere, dolori vaghi, brividi di freddo, dispepsia, anoressia, cefalea gravativa massime nelle ore vespertine, con oscuramento di vista, per cui gli oggetti vicini specialmente gli riescivano mal definiti nei loro contorni ed oscuri (ipermetropia).

Alla prima visita si trovarono segni evidenti di congestione cerebrale, cefalea gravativa e pulsante, vampe calorose alla faccia, sonnolenza; la funzione però essenzialmente lesa era quella della vista: l'occhio presentavasi turgido e pieno, la congiuntiva e la coroidea molto iniettate, la pupilla dilatata e poco mobile, lenti e difficili pressochè tutti i movimenti de' globi oculari, visione oscurata, massime a luce o troppo debole o troppo forte: gli oggetti erano ben distinti alla distanza di 65 centimetri, ad una distanza minore si rendevano proporzio-

natamente più oscuri. Si diagnosticò una paresi del terzo paio, con lesione dell'apparato dell'accomodamento (ipermetropia) dipendenti da congestione cerebro-oculare e specialmente coroideale.

Coll'uso del solfato di magnesia nell'acqua imperiale, con pediluvii senapizzati e bagnuoli freddi sul capo, con sei mignatte applicate prima alle narici e poi ripetute anche dietro i processi mastoidei, sensibilissimo e pronto fu il miglioramento: cessò la cefalea, la pupilla si rese più mobile e più stretta, diminuì la tensione oculare: dopo 14 giorni si potè riconoscere come la visione fosse chiara alla distanza di 54 centimetri, e l'apparato di accomodamento riprendesse le sue funzioni: l'8 marzo l'ammalata già distingueva bene gli oggetti anche a più piccola distanza, e 'l 10 parve quasi dissipata intieramente e la congestione della coroide e la paresi del terzo paio. Essa lasciò l'ospedale il 12 munita di opportuni occhiali (lenti biconvesse di 20 pollici di fuoco per l'occhio destro, 18 per il sinistro) e colla raccomandazione di non attendere ulteriormente alle più fine cuciture, che parevano essere state la cagione della congestione cerebro-oculare e dell'ipermetropia, siccome ebbe pure a pensare il professore Reymond che si compiacque di esaminare quest'ammalata e ci comunicò il risultato delle osservazioni fatte colla nota sua perizia in cose di oftalmologia.

Dopo le malattie oculari troverebbero il lor posto naturale in questo resoconto le malattie degli altri organi de' sensi: di esse però, se si tolgono due casi, di otite catarrale leggiera l'uno, l'altro di polipi nasali di cui ho fatto già parola a pag. 227, punto e nulla avrei a notare che possa in qualche modo interessare il lettore, il perchè faccio passo all'ultima sezione del mio lavoro.

§ IX.

Malattie dell'apparato della locomozione.

Dicianove furono i casi di malattie localizzate sopra questo apparato e pressochè tutte rappresentate da reumatismi articolari (1), con una grande sproporzione però tra i due sessi, avvegnachè 16 sieno stati i maschi e 3 sole le femmine. Le professioni faticose (servi — serraglieri — falegnami — caffettieri — braccianti — contadini — brentatori — facchini) furono quelle che pagarono un maggior contingente alle malattie articolari (11): vengono quindi le professioni che espongono alle vicende atmosferiche (muratori — arrotini — suonatori ambulanti — decoratori) che furono 4; e le professioni sedentarie, che furono 4 pure (due sarti — un sellaio — una cucitrice in calzoleria).

Relativamente ai temperamenti trovai il sanguigno puro tre volte, il bilioso semplice due volte, il linfatico una sol volta: la maggior parte eran individui a tempra mista sanguigno-biliosa o bilioso-sanguigna (9), due erano linfatico-sanguigni, uno linfatico-bilioso, l'ultimo sanguigno-nervoso.

Il più giovane di questi malati aveva 19 anni, il più vecchio 55. Sei erano da 20 a 30, sette da 31 a 40, quattro da 41 a 50 anni. Quattro soli erano coniugati, due vedovi, li altri tutti celibi.

(1) A differenza del biennio antecedente un solo esempio in quest'anno clinico si ebbe di reumatismo muscolare: fu un caso di lombagine associata a febbre reumatica, e che in otto giorni guarì colla più semplice cura diaforetica, cataplasmi caldi ed infuso di tiglio, il perchè non occorre dirne altro.

Quanto alle stagioni, distinguendole in fredde, medie e calde, occorsero nelle prime (dicembre e gennaio) casi 6 — nelle seconde (marzo, aprile e maggio) casi 9 — nelle terze (giugno e luglio) casi 4. Dal che risulta che di reumatismi articolari possono bensì aversi esempi nelle stagioni estreme, ma che sono più frequenti nelle intermedie.

La durata del fatto morboso in questi 19 casi di reumatismo articolare, dedotta dalla permanenza nell'ospedale, fu assai varia: basti il dire che oscillò fra 4 — 8 giorni e 280: nella maggior parte dei casi la guarigione si ottenne in meno di un mese, in quattro soltanto si prolungò oltre questo termine: la media generale fu di 32 giorni; sottraendo però il caso di durata massima, non si avrebbe che una media di 22 giorni, la quale per conto mio amerei considerare come più prossima alla vera media della durata del reumatismo articolare in genere: oltre la medesima non sogliono andare se non quei casi, in cui vi ha processo morboso di vera artritide, nei quali naturalmente indefinito ne può essere il corso, come incerto e vario ne è anche l'esito: molti casi poi, si comprende, stanno al di sotto di questa media: dei dicianove casi contemplati in questo rendiconto, dieci ebbero una durata minore di 22 giorni; arrogi che la media degli 8 casi di reumatismo articolare contemplati nel precedente mio rendiconto (1) fu di giorni 17,75. Tra i casi di durata assai breve vuolsi però riferire un decesso avvenuto, al 15° giorno, ma non pel reumatismo, sì bene per la grave cardiopatia complicante.

Tutte le giunture possono essere prese da reumatismo, però son più frequentemente colpite quelle degli arti e massime quelle degli inferiori sieno le grosse o le pic-

(1) V. la pagina 189.

cole: raro è il reumatismo della articolazione temporo-mascellare e tanto più curioso in quantochè ne sorge una forma morbosa cui venne dato impropriamente il nome di trismo reumatico.

Di questo n'ebbi un esempio in un robusto facchino d'anni 19, abituato a lavorare di notte tempo, esposto a tutte le vicende atmosferiche e dato anche a sregolatezze di vitto. Egli entrò in clinica il 3 luglio 1865 al N. 135. All'assistente dottore Vignolo-Lutati, che ne scrisse il memoriale clinico, narrò di non aver mai sofferte altre malattie tranne febbri periodiche in età infantile; e di essere da circa venti giorni affetto da dolori al lato destro della faccia, con difficoltà nell'aprire la bocca; non vi badò da principio e continuò nei suoi notturni lavori sino alla notte dal 30 giugno al 1° luglio, in cui fu assalito da febbre: la quale con alternative di brividi, freddo, caldo e sudore, avvicendantisi ogni giorno, anche più volte al giorno, e ad ore distinte, l'obbligò al letto prima, poscia il condusse all'ospedale.

Alla prima visita, oltre un dichiarato stato febbrile, si riconobbe una leggiera tumefazione dolorosa all'articolazione temporo-mascellare destra, con dolori acuti e pungenti nel sopraciglio e nelle arcate dentali corrispondenti: l'ammalato non poteva abbassare per nulla la mascella inferiore e i tentativi che per ciò facesse, oltrecchè dolorosi assai, riuscivano a divaricare le arcate dentali di pochi millimetri. La cura fu semplice: riposo, dieta rigorosa, infusione di tiglio con tintura d'aconito e sciroppo di viole, cataplasmi emollienti e sedativi sulla guancia destra. Occorsero ancora alcuni accessi febbrili quotidiani con li tre stadii ben distinti, come se si fosse trattato di una periodica, ma gradatamente diminuirono d'intensità e di durata: al 6 luglio v'era apiressia e 'l 13 l'ammalato potè uscire dall'ospedale: indolente af-

fatto era la guancia destra, d'assai più liberi i movimenti della mandibola, un po' limitato era però ancora il suo abbassamento; motivo per cui si prescrisse l'uso di un cuneo di legno dolce, mezzo con cui si riesce in tali casi a vincere meccanicamente e progressivamente la rigidezza articolare che circoscrive e frena il movimento della inferiore mascella.

Una delle giunture nella quale il più sovente forse il reumatismo articolare si localizza o primariamente o secondariamente, la è quella del ginocchio, dove non raramente prende la forma dell'idrartros ora acuto, ora lento, ora leggiero ed ora grave. Un esempio di idrartros acuto e leggiero al ginocchio me 'l presentò un giovane sellaio d'anni 25, nel quale non si trovarono altre precedenze, morbose tranne febbri periodiche terzane, sofferte a 19 anni e guarite colla china a capo di 35 giorni; e alcune ulcere veneree còlte a 22 anni; delle quali liberavasi a capo di un mese senza altra conseguenza. Egli entrò in clinica il 22 marzo e dal memoriale clinico scritto dal dottore Bogliolo risultò che da quattro giorni, per avere dormito colle estremità inferiori mal coperte, fu preso da dolore acuto al ginocchio destro, che gli impediva di camminare; volle ciò malgrado continuare nel suo lavoro; ma la notte insonne passata il 21 per effetto del dolore sempre crescente, lo consigliò a ricorrere all'arte: alla prima visita non si trovò febbre, temperatura 37, pulsazioni 75, con leggier catarro bronchiale, respirazione a 25, rantoli sonori ed umidi sparsi, espettorazione mucosa elaborata: l'articolazione femoro-tibiale destra era tumida, dolente *ad sensum*, alla pressione, e massime nei movimenti; coi comuni integumenti leggiermente arrossati, caldi, e senso di oscura fluttuazione alla regione sopra rotulea: le fosse ad essa corrispondenti erano assai meno sensibili che non al ginocchio sinistro.

Questo presentava una circonferenza di 32 centimetri nelle regioni sopra e sotto rotulea, di 34 alla regione rotulea, mentre il ginocchio destro misurava alla regione sopra rotulea centimetri 34 1|2, alla regione rotulea 35, alla sotto-rotulea 32.

Si diagnosticò un reumatismo della sinoviale del ginocchio destro: si prescrisse il riposo assoluto con dieta semplice, acqua imperiale, cataplasmi emollienti sul luogo dolente. A capo di soli cinque giorni il ginocchio destro aveva il volume del sinistro e liberi ne erano, e indolenti i movimenti; e la misura indicava eguale la circonferenza dell'uno come dell'altro in tutte le tre regioni indicate: si notò che la detumefazione cominciò a rendersi sensibile alla regione sopra-rotulea, dove grado grado ricomparvero le naturali infossature laterali. Dopo otto giorni di permanenza l'ammalato lasciava l'ospedale.

Non istupisce questa rapida guarigione in un giovane senza precedenza morbosa di rilievo e sano e robusto: più singolare parrà la stessa prontezza in altro individuo che per le sue precedenze poteva lasciar temere un ben più lungo corso di malattia articolare.

Un suonatore ambulante d'anni 31, gozzuto, di tempra linfatico-sanguigna, di mediocre costituzione, celibe, entrava in clinica il 10 marzo 1865. Dal memoriale storico scritto dal dottore Castelli risultò che fin dall'undecimo anno sofferse di artrocace al piede sinistro, il quale non guarì se non a capo di 5 mesi, dopo una lunga suppurazione che interessò legamenti, periostio ed ossa. Quindi a 26 anni sofferse di febbre reumatica con dolori articolari, per i quali in un ospedale di Torino gli si praticarono 7 salassi, oltre l' amministrazione di preparazioni chinoidee. A 30 anni recidivò per un'identica malattia, la quale in altro spedale di Torino fu curata ancora con 6 salassi e pomate e vescicanti. La malattia durava un mese la prima

volta, circa venti giorni la seconda, lasciandogli però cardiopalmo, catarro di petto e respirazione astmatica abituale.

L'anamnesi prossima era affatto recente: nel giorno antecedente a quello dell'entrata, in causa delle vicissitudini atmosferiche della stagione, cui trovavasi molto esposto, fu colpito da dolore con enfiagione all'articolazione tibio-astragalea destra che rapidamente crebbero a segno da impedirgli il camminare. Trasportato all'ospedale si trovò la detta giuntura tumida, edematosa, rossa, dolente particolarmente verso i malleoli ed alla parte posteriore, e tanto alla pressione quanto ne' movimenti del piede sulla gamba. Non c'era febbre (polsi 74, temperatura a 36 3|5), solo le orine un po' cariche e scarse: l'esame del petto mostrò inspirazioni difficili, con sonoreità toracica, rumori russanti e sibilanti disseminati, respirazione asmatica, tosse, espettorazione mucosa; più gibbosità precordiale, area cardiaca estesa, forte impulso cardiaco, apice del cuore al quinto spazio intercostale un po' a sinistra della linea mamillare, ritmo regolare, timbro velato da un soffio sistolico protraentesi verso l'apice del cuore, con forte rumore valvolare. L'alvo era un po' restìo, del resto nessun'altra funzione alterata.

Si diagnosticò un reuma articolare fisso con lenta bronchite, enfisema polmonare e ipertrofia di cuore con lesione della mitrale (insufficienza) per sofferta endocardite.

La cura venne diretta all'articolazione malata col riposo e sedativi. In soli quattro giorni la giuntura astragalo-tibiale destra era indolente, e i suoi movimenti erano liberi in tutti i sensi: al quinto giorno l'ammalato lasciò l'ospedale cui era venuto per liberarsi del male che gli impediva di camminare, nulla o poco badando alle più gravi organopatie, che ancora gli permettevano la sua vita girovaga e nomada.

In questo caso la prontezza del soccorso, tuttochè semplicissimo, troncò prontamente il corso al morbo che tanto spesso vediamo perdurare appunto perchè trascurato.

Un caso consimile mel presentò un giovane caffettiere di 21 anno, robusto, di tempra sanguigno-biliosa, abituato ai liquori spiritosi. Esso entrò in clinica il 1° di marzo: le note storiche della fattispecie furono affidate al dott. Pagni. Risultò di febbri intermittenti recidive sofferte da un anno e di poche altre malattie infantili, varicella, tosse asinina, raffreddori. Ora da un giorno, dopo aver subita l'influenza di una costituzione atmosferica freddo-secca, era stato preso da brividi di freddo, universale stanchezza con dolore e tumefazione al piede sinistro, tali da non permettergli di reggersi in piedi: alla prima visita, appunto perchè aveva camminato a stento per arrivare all'ospedale, si trovarono 95 pulsazioni; ma al giorno dopo erano già ridotte a 70 e la temperatura non andò mai oltre i 37 gradi: nessuna funzione era lesa: nessun organo presentava segni di malattia, il fegato eccettuato, che, pelle ripetute febbri miasmatiche sofferte, si presentò con area molto estesa: la giuntura tibio-astragalea sinistra era tumida, in ispecie al malleolo esterno, dove l'ammalato provava un senso di doloroso bruciore: li comuni integumenti erano arrossati: anche in questo caso col riposo e i cataplasmi emollienti e sedativi, al quarto giorno la giuntura era libera d'ogni doglia anche ne' movimenti. All' 8° giorno l'ammalato lasciò l'ospedale.

Quasi egualmente pronta fu la guarigione in altro malato che per la terza volta già recidivava di reumatismo articolare: era un falegname di anni 31, entrato in clinica, il 19 luglio 1865 al N. 138. Esso nel 1857 era stato trattato di reumatismo articolare acuto con quattro salassi e non ne guariva che a capo di 35 giorni.

mentre nel 1864 per la seconda volta colpito dalla stessa malattia, con forme però più miti, ne guariva in soli 10 giorni con una cura puramente negativa. Ora da otto giorni, per quantunque calda fosse la costituzione atmosferica, in seguito a riscontri d'aria che il colpivano a corpo sudante, era stato preso da dolori alle articolazioni delle ginocchia e de' piedi e successivamente ancora a quelle delle spalle e delle mani; senza che comparisse notevole gonfiezza, dolorosi e difficili rimasero i movimenti di queste giunture. Alla prima visita oltre queste località si trovò un rilevante grado di febbre, polsi a 120, temperatura a 39, con sudore profuso: i movimenti del cuore erano disordinati, celeri, con forte rumor di valvola, senza alcun rumore di soffio: l'area cardiaca circoscritta, il punto dove corrispondeva l'apice del cuore, il grado e l'estensione dell'impulso, il nessun disordine di respirazione escludevano affatto ogni viziatura organica: la mancanza di dolori lasciarono anche eliminare il sospetto di flogosi cardiaca acuta: non ammisi nè endo, nè eso, nè vera miocardite, ma solo un reumatismo del cuore: la prescrizione fu di un gramma di persolfato di chinino in 10 pillole e di un decotto d'orzo con 5 grammi di nitro; cataplasmi emollienti e sedativi, astinenza rigorosa. Le stesse prescrizioni furono ripetute per sei giorni consecutivi. Il miglioramento fu pronto e progressivo; primi a cessare furono i dolori articolari delle estremità inferiori, poi quelli delle mani e delle spalle; diminuì il sudore, non comparvero migliari, diminuì la frequenza del polso e con essa l'aritmia cardiaca. Il 26 luglio l'ammalato era in piena convalescenza e 'l 1° agosto, dopo una permanenza di soli 12 giorni lasciava l'ospedale intieramente ristabilito. La gravità della febbre e 'l tumulto cardiaco avrebbero potuto sembrare indicazioni per il salasso: non fu fatto: e 'l chi-

nino e 'l nitro ci dettero una perfetta guarigione in un tempo minore della metà di quello che era stato impiegato nel 1857, in cui la stessa malattia, con apparentemente pari intensità, era stata trattata nello stesso individuo con quattro sottrazioni di sangue. Questo studio comparativo mi pare eloquente per chiunque voglia bilanciare i vantaggi e gli inconvenienti dei varii metodi di cura patrocinati nel reumatismo poliarticolare acuto e febbrile.

Un esempio del come questo possa guarire e presto e bene senza sanguigne sottrazioni ce lo porge anche il seguente fatto clinico.

Un arrotino d'anni 38, di tempra linfatica e mediocre costituzione, entrò nell'ospedale il 5 gennaio 1865, e il dott. Bogliolo prese a scriverne il memoriale storico. Dal medesimo risulta che nessuna malattia di rilievo sofferse, eccettuata un'iperemia cerebrale a 25 anni, curata con 4 salassi e vinta in 16 giorni; ed una risipola facciale a 32 anni curata pure con quattro salassi e guarita a capo di un mese. Di affezioni articolari non cennò che una tumidezza al ginocchio sinistro sofferta alcuni anni addietro e guarita con semplici lozioni fredde in pochi giorni. Ora fin dal 20 decembre 1864 era stato colpito da dolore alle articolazioni del piede sinistro con tumefazione e impedimento ne'movimenti, che però non gli tolsero di continuare nei suoi lavori. Il dolore non durò molto, cessò; ma per ricomparire dopo 8 giorni; questa volta tosto scompariva pure con l'uso di cataplasmi sedativi, ma per prendere l'altro piede e tornare ancora nel primo, cosicchè quando entrò nell'ospedale le due parti erano egualmente colpite e inoltre anche la mano sinistra era tumida e dolente nelle sue giunture. Alla prima visita si trovarono 30 r., 80 p., 39 gradi di t. e intanto gravame di capo, oppressione di respiro

con ottusità e difetto di rumore vescicolare alla base dei due polmoni, impulso cardiaco forte con leggier soffio sistolico, esteso a tutto il cuore sinistro, senza modificazioni nè dell'aia cardiaca, nè della forma del costato nella regione precordiale, nè del polso cardiaco, che era sensibile al 5° spazio intercostale nella linea mammillare. La lingua era fecciosa, l'appetito mancante, il ventre teso, l'alvo chiuso da tre giorni, le orine cariche, rosse, molto acide, della densità di 1,030: il carpo sinistro, il tarso e 'l metatarso de' due lati erano tumidi e dolenti, tutti gli arti un po' rigidi.

— Si diagnosticò reumatismo poliarticolare acuto febbrile con leggiera endocardite, e tosto si prescrissero 10 grammi di nitro in 10 cartoline, da prendersene una ogni tre ore; più riposo, astinenza da ogni cibo, cataplasmi sulle giunture dolenti. In soli 5 giorni, colla dose complessiva di 30 grammi di nitro, il miglioramento era già notevolissimo e nello stato generale e nelle località articolari: la chiusura dell'alvo indicò poi acqua di sedlitz, da cui si ebbero molte evacuazioni, e più dichiarato miglioramento. Fin dal giorno 11 gennaio il diario notava apiressia e giunture indolenti; le orine erano neutre e di densità normale; si concedettero cibi e poi l'alzata dal letto: il 21 gennaio, 16 giorni dopo l'entrata, l'ammalato lasciò l'ospedale senza aver traccia nè di dolori articolari nè di soffio cardiaco: la guarigione era quindi completa ed assicurata.

Meno pronto ma pur sempre soddisfacentissimo fu il risultato della cura di un altro caso di reumatismo complicato con omopatia cardiaca e migliare.

Era uno sguattero d'anni 20, di tempra linfatico-biliosa, di buona costituzione, soggetto da lunga mano ad un'acne pustolosa sulla faccia ed a ricorrenti epistassi. Delle malattie pregresse non ricordava che febbri ter-

zane sofferte nel 1860 in Vercelli, curate con 8 salassi e amministrazione dello specifico; con che guariva a capo di due mesi. Quando entrò nella clinica, il 31 marzo 1865, da quattro giorni era affetto da brividi generali con malessere, svogliatezza, dolore e gonfiezza al ginocchio destro e rigidezza dolorosa di molte altre articolazioni: causa ne era stata una corrente d'aria fredda, vento gagliardo, cui si era esposto a corpo spogliato e ancora grondante di sudore per lungo lavoro fatto attorno al fuoco. La cura fatta era stata semplicemente empirica; unzioni di corpi grassi sul ginocchio destro dolente.

Alla prima visita la febbre era rappresentata da una temperatura di 39 gradi, i polsi erano a 112 ed irregolari, le respirazioni a 38, ansanti, con ispirazione interrotta da un forte dolore stringente gravativo alla regione sterno-epigastrica: nessun rumore anormale percepivasi alli organi del respiro: la regione precordiale presentava ottusità piuttosto estesa: l'apice del cuore batteva al quinto spazio intercostale un po' all'interno della linea mammillare: moderata la forza dell'impulso cardiaco: frequente il ritmo con moti un po' tumultuosi: leggier fregamento pericardico e rumore di soffio dolce all'apice del cuore, a doppia corrente, con suoni valvolari molto vibrati e secchi: cefalea gravativa e calore secco al capo, insonnia, anoressia, dispepsia, coprostasi, orine abbondanti, molto pigmentate, della densità di 1028. Difficoltà ne' movimenti con gonfiezza e dolore alle due ginocchia, ma oramai più al sinistro che non al destro ed anche ai piedi ed alle giunture coxo-femorali: intorpidimento e rigidezza dolorosa alle articolazioni e muscoli delle estremità superiori.

La diagnosi fu di reumatismo poliarticolare e anche cardiaco: la interna come l'esterna membrana del cuore

giudicai egualmente malate ma non molto gravemente; la cura cominciai col regime negativo, coi cataplasmi sui luoghi del male e coll'estratto alcoolico di aconito, da prima alla dose di 20, poi di 30 centigrammi: e ancora col nitro alla dose di 6 poi di 10 grammi nelle 24 ore.

Per qualche giorno la fenomenia continuò con poche varianti: diminuirono i dolori articolari alle ginocchia, ma comparvero intensi alla spalla sinistra: i polsi arrivarono sino a 120; e, malgrado fosse diminuito il dolore oppressivo retrosternale, continuò la dispnea e l'oppressione di petto col tumulto cardiaco, leggier fregamento pericardico dolce, e soffio endocardico, più particolarmente distinto nella sistole; continuarono le urine ad essere abbondanti e cariche di pigmento rosso, colla densità di 1021.

Al quarto giorno i polsi si fecero più espansi, più regolari; più ampie e libere le diastoli cardiache con soffio meno pronunciato e minor fregamento; scomparve affatto l'ambascia, ebbe luogo un po' di epistassi, e abbondante si fece il sudore, con eruzione di poche bollicine migliari, altre bianche ed altre rosse, nelle regioni anteriori, laterali e superiori del torace: intanto il polso era a 108, le respirazioni 34, la temperatura elevavasi al maximum di 39 2|5 nelle ore vespertine. L'eruzione migliare non prese ulteriore sviluppo, contemporaneamente alla medesima ebbero momentanea esacerbazione i dolori articolari e comparvero anzi rigidezze muscolari più di prima dolorose all'arto superiore destro; certo quest'eruzione non fu critica, postochè con essa e per essa s'accrebbe la temperatura febbrile, e anche i dolori si fecero sempre più forti. Al 6° e 7° giorno di cura, persistendo, ma più leggieri, i dolori articolari molteplici, con diminuzione dei sintomi pettorali, dell'ansietà, dei rumori cardiaci, senza maggior eruzione di migliari,

la temperatura scendeva prima a 38 poi a 37 3|5 e i polsi arrivavano a 100 - e anche a 98.

L'8 aprile nelle ore vespertine si trovò una temperatura di 36 3|5 con 65 pulsazioni, 20 respirazioni, poco sudore, località articolari meno dolenti, rumori cardiaci cessati, suoni normali. Solo alla spalla destra, che era stata l'ultima giuntura presa , continuarono un po' più a lungo i dolori: le migliari furono sempre pochissime , discrete, argentine; e intanto l'alvo che era rimasto sempre chiuso, per solo effetto del nitro si mosse in moderata diarrea. Il 12 di aprile, ogni fenomenia morbosa era cessata e la convalescenza s'iniziava con un'alimentazione regolarmente progressiva. Il 17 ebbe luogo la prima alzata dal letto, e 'l 23 l'uscita. In complesso furono consumati in soli dieci giorni grammi 3,30 di estratto alcoolico di aconito napello con 62 grammi di nitrato di potassa: e l'ammalato dopo una convalescenza di 13 giorni, (permanenza di 23) lasciava l'ospedale libero affatto da ogni doglia articolare come da ogni sofferenza precordiale: l'esame statico mostrava affatto normale lo stato anatomico del centro della circolazione: ciò risulta dalle annotazioni fatte nel diario dal dott. Alloatti, distinto allievo dell'Instituto clinico.

Credo nessuno mi vorrà appuntare se il fatto morboso ho riferito parlando delle malattie dell'apparato locomotore: manifestamente, sebbene la migliare sia malattia essenziale, in questo caso fu un'accidentalità febbrile eruttiva, che sopravvenne ad una malattia per natura di cause e localizzazioni patologiche e per fenomeni morbosi da essa distinta e indipendente: credo che l'andamento del fatto morboso bene l'abbia dimostrato: il pensare altrimenti sarebbe a mente mia fare della migliare un mito! Solo le esagerazioni ontologiche possono spingere i dissidenti alla rappresaglia e far negare a questa feb-

bre eruttiva quell'essenzialità patologica che le compete, siccome credo di avere dimostrato in due miei discorsi pronunciati nanti l'Accademia medica di Torino il 5 di aprile e 'l 3 maggio 1867 (1).

Quando uopo fosse provare che la migliare si può sviluppare nel decorso di un reumatismo articolare, come realmente si sviluppa frequentemente, senza esserne nè causa nè effetto, ma soltanto per una grande opportunità o predisposizione che l'una malattia all'altra presenta, interessante tornerebbe anche il seguente fatto patologico.

Una sarta d'anni 48, di tempra linfatico-sanguigna, di mediocre costituzione, entrava nella clinica il 25 luglio 1865 al N. 363. Essa era stata mestruata regolarmente da 14 a 42 anni, epoca in cui l'amenorrea venne ad alternarsi con metrorragie associate a disturbi funzionali generali più o meno gravi. Ora da 10 mesi però mancava affatto la mestruazione, senza che fossero comparsi fenomeni morbosi di rilievo; e solo da 10 giorni per avere abitata una casa di fresca costruzione, cominciò a soffrire di dolori vaghi, brividi, malessere con tumefazione dolorosa e fissa alle giunture dei piedi.

Quando entrò nell'ospedale eran affette da reumatismo le sole articolazioni tibio-tarsee; la cura cominciai col nitrato di potassa: dopo due giorni libere erano le dette giunture, colpita per contro l'articolazione radio-carpea destra, che presto diventò tumida per edema periarticolare: al quinto giorno fu preso il ginocchio sinistro: al settimo il ginocchio era libero, e dolorosa molto si trovò la spalla destra, però senza accompagnatura di reazione febbrile. Persistendo il reumatismo col carattere vago, aggiunsi al nitro anche l'aconito: questo produsse molto

(1). V. le puntate 9 e 11 del Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, 15 maggio e 15 giugno 1867.

sudore e con esso alcune migliari rosse apparvero sul petto. Si dettero in complesso soli 30 grammi di nitro e poche dosi di aconito puro: le doglie continuando or in questa ora in quella giuntura, colle orme piuttosto dell'artralgia che della flogosi articolare, ricorsi alle pillole preparate con chinino, oppio e estratto di aconito, che in tali casi meglio d'ogni altro rimedio ho trovate opportune (un gramma di persolfato di chinino, 0,20 d'estratto d'oppio gommoso e 0,50 di estratto alcoolico di aconito napello per 20 pillole). Con questa formola per ben tre volte ripetuta nello spazio di circa dieci giorni, senz'altro rimedio che qualche purgante oleoso diretto a muovere l'alvo sempre stittico, l'ammalata, dopo una permanenza di 36 giorni, lasciava l'ospedale.

Questo caso di reumatismo articolare, quantunque molto, anzi troppo sommariamente annotato nel diario clinico, ho pur tuttavia voluto ricordare come quello che dimostra, che a volte i dolori articolari nel reumatismo rappresentano nient'altro che mobilissime artralgie, le quali, opportunamente curate, si possono guarire indipendentemente dalle eruzioni migliarose che duranti le medesime possono occorrere sì, ma quale mera accidentalità; la quale non ha maggior rapporto colla malattia principale, di quello che avrebbero altre malattie intercorrenti, puta una varicella. Parmi che per lo studio dei rapporti che hanno tra loro il reumatismo e la febbre migliare, sia anche interessante quest'altra osservazione di cui tenne conto nel memoriale clinico il dott. Gallina.

Un inserviente di pubblico ufficio, d'anni 44, di tempra biliosa, di robusta costituzione, ammogliato, all'età di 30 anni sofferse di febbri intermittenti trattate con 5 salassi e collo specifico, le quali durarono ben nove mesi. A 37 anni ebbe a soffrire di reumatismo articolare, e risipola curati con 6 salassi e guariti a capo di

30 giorni. Altre malattie degne di menzione non sofferse tranne una larga scottatura al costato sinistro di cui porta le traccie in una distinta cicatrice cutanea.

Esso entrò in clinica al N. 157, il 24 marzo 1865, narrando come da circa un mese per cause morali e contrarietà diventasse triste , inquieto , pieno di mala voglia, con inappetenza e senso di peso alla regione epigastrica, cui dopo parecchi giorni, col concorso di cause reumatiche comuni si aggiunsero febbre e dolori al ginocchio e piede sinistro, per cui ricorse all'ospedale: la costituzione atmosferica era freddo-secca e le malattie dominanti erano per lo appunto le reumatiche.

Alla prima visita si trovò una temperatura ascellare di + 38 1|5 con 102 pulsazioni e 25 respirazioni: cefalea opprimente con senso di peso e gravame anche ai lombi: inspirazione un po' difficile, con leggier soffio bronchiale ed espettorazione mucosa spessa: nulla di notevole al centro circolatorio: lingua fecciosa, nausee, tendenza al vomito, area epatica molto estesa , tumida e resistente la regione epato-gastrica, alvo chiuso: orine molto pigmentate, rosso mattone, urenti: ginocchio sinistro tumido, dolente *ad sensum*, alla pressione, nei movimenti: addolentamento di tutta la gamba: tumefazione dolorosa ed impossibilità dei movimenti in tutte le giunture del tarso sinistro.

Prescrissi un infuso di tiglio stibiato e cataplasmi sedativi sulle località articolari; e successivamente per muover l'alvo un lambitivo oleoso purgante. Diminuirono i sintomi tutti col benefizio del sudore e della catarsi; la temperatura specialmente discese sino a 37, con polsi a 90, liberi e sciolti; cessarono le sofferenze epato-gastriche, ma i dolori articolari continuarono, anzi dopo tre giorni (27 marzo) anche l'arto inferiore destro fu preso nei muscoli della coscia, nel ginocchio e piede; e la destra

spalla cominciò a dolere, senza che nè la temperatura (37 1|5), nè la frequenza del polso (80) indicassero veramente notevole febbre. Si ricorse all'estratto alcoolico di aconito napello: comparve benefico sudore con miglioramento di tutte le località articolari: solo la spalla destra continuava a dolere sensibilmente: ma non era che una tregua; e or qua, or là doglie articolari si facevano sentire, ragione per cui anche il nitro ebbi a prescrivere. Malgrado questa cura, senza nuove cause, a capo di 7 giorni dall'entrata (31 marzo), si riaccese la febbre più intensa di prima (temperatura 38 4|5 - polsi 92 - respirazioni 26), e con essa crebbero i dolori alla spalla destra ed anche alle giunture omero-cubitale e carpometacarpee dello stesso lato: e inoltre mostraronsi alle regioni giugolari e sopraclavicolari alcune bollicine migliari, bianche, argentine, che rimasero da prima limitate al collo, sparse e rare, poi si diffusero al tronco e si fecero più confluenti. La cura non fu modificata, con varia vicenda si continuò nell'uso dell'aconito e del nitro. Altre giunture del collo e del tronco furono ancora prese da dolore, e la temperatura, malgrado abbondante sudore, per molti giorni, nelle ore vespertine specialmente, si trovò sempre di 38 gradi ed oltre, con 90 pulsazioni, e 24 respirazioni: le orine furono sempre abbondanti, pigmentate, colla densità varia tra 1021 e 1028, e sedimento leggermente mucoso: trattate coll'acido nitrico questa nubecola scompariva e le orine si rendevano affatto limpide e chiare.

Questa fenomenia durò finchè perdurò la febbre migliare: al 20 aprile l'eruzione era al periodo di desquamazione; nessuna nuova eruzione avvenne e la febbre scomparve: la temperatura quindi anche nelle ore vespertine oscillava fra 37 1|5, 37, 36 3|5, le respirazioni si contarono da 18 a 20, le pulsazioni oscillarono fra 70 e 80: le orine

presentarono la densità di 1014; si notò un notevole dimagramento; ma l'ammalato aveva appetito, alvo regolare, funzioni tutte normali e potè anche alzarsi dal letto (la prima volta il 28 aprile); con tutto ciò perdurarono doglie e tumefazioni articolari alle regioni tibio-tarsee, al carpo e metacarpo sinistri, alle falangi del pollice corrispondente, ragione per cui credetti necessario continuare a lungo ancora il nitrato di potassa, col quale, solo il 30 maggio, l'ammalato, dopo una permanenza di 67 giorni, lasciava l'ospedale appieno ristabilito.

Manifestamente in questa fattispecie si possono distinguere tre periodi: il 1° caratterizzato da reumatismo acuto febbrile poliarticolare: il 2° dallo stesso fatto morboso cui sopraggiunse una febbre migliare che in poco più di 20 giorni compì tutte le sue fasi di invasione, eruzione, stato, diminuzione, desquamazione: il 3° caratterizzato dalla continuazione del reumatismo poliarticolare vago ed apirettico. La cura fu fatta con la dose complessiva di tre grammi di estratto d'aconito alcoolico, presi ripartitamente, col maximum di grammi 0,60 al giorno: e con 110 grammi di nitro, dato a volte anche alla dose di 10 grammi per un sol giorno. Il primo periodo fu quasi esclusivamente curato coll'aconito: il secondo coll'aconito e col nitro: il terzo col solo nitro. Il risultato pratico fu soddisfacente; ma non è per quello soltanto che il fatto credo interessante; sì piuttosto per il corollario che se ne può trarre in linea patologica: chi ben ponderi quel fatto in tutte le narrate particolarità credo debba convincersi, che l'eruzione migliare non fu un semplice epifenomeno, ma bensì una vera complicanza o successione morbosa; e che i dolori reumatici non furono neppure le rappresentanze sintomatiche della febbre migliare; avvegnachè, se ciò fosse stato, nel caso concreto non si sarebbe potuto dare ragione delle

doglie articolari che continuarono ancora per oltre un mese, dopo cessata la migliare completamente e come febbre e come eruzione cutanea.

Che il reumatismo articolare voglia esser considerato come malattia che sta per sè, indipendente cioè dalla febbre migliare che vi si può associare, lo si prova anche dall'osservazione di quei fatti, ne' quali, quantunque la fenomenia morbosa, come il calore molto elevato, i dolori vaghi e persistenti, l'ambascia, l'affanno e simili lascino fondato timore di complicazione migliare, questa pur tuttavia non avviene e la malattia si risolve tuttavia, come prova il fatto di reumatismo poliarticolare con endocardite acuta narrato a pagina 216.

Vidi molti casi di reumatismo articolare acuto e febbrile in cui neppur una bollicina migliare apparì alla pelle.

Tale è il fatto di un decoratore d'appartamenti d'anni 30, di tempra sanguigna, di robusta costituzione, gozzuto, il quale riparava alla clinica il 19 giugno 1865. Il dott. Bogliolo scrivevane il memoriale; dal medesimo risulta che oltre a febbri periodiche avute a 12 anni ed a qualche leggiera contusione e distensione articolare sofferta da poi, egli ebbe ancora, a 20 anni, un leggiero reumatismo articolare, del quale guariva in 22 giorni con un solo salasso e bevande nitrate.

L'attuale malattia datava da 20 giorni, ed era stata causata da lavori fatti in luogo umido: primi a risentirsene furono i piedi, ma leggermente a segno da non impedirgli il lavoro. L'incuria per una parte e la persistenza delle cause per l'altra, il giorno 15 giugno terminarono per produrre un catarro intestinale ed insieme un generale malessere con cefalea gravativa, brividi di freddo e dolori piuttosto vivi alle gambe ed ai piedi. Dal medico che primo il visitò gli furono prescritte ripetute dosi di tartaro stibiato da cui ebbe copiose scariche

e vomiti e abbondante sudore: la cefalea, i brividi e la stessa diarrea cessarono, ma i dolori alle giunture delle estremità inferiori continuarono, anzi dei nuovi se ne aggiunsero localizzati alle estremità superiori. In tale stato ricorse all'ospedale.

Al primo esame obbiettivo si trovarono tumide e dolenti le giunture delle ginocchia, le tibio-astragalee e metatarsee, non che le radio-carpee e le carpee, con contrattura dolorosa agli arti superiori ed inferiori: le polsazioni erano 88, le respirazioni 22, la temperatura 38 3|5; le orine limpide, ma scarse, presentarono una densità di 1032. Nulla di rimarchevole si trovò negli organi della digestione, in quelli della respirazione e nel centro della circolazione.

La cura fu fatta coi cataplasmi e col nitro alla dose di dieci grammi nelle 24 ore: per sedare i dolori articolari si operarono iniezioni ipodermiche di 1 centigramma e mezzo d'idroclorato di morfina: queste sedarono sempre il dolore locale e promossero anche il benefizio del sonno.

Nell'andamento successivo furono prese da dolore altre località prima immuni, la spalla cioè e l'articolazione omero-radio-cubitale sinistra: presto cessarono le località articolari nelle estremità inferiori: durarono un poco di più i dolori e la tumefazione delle varie giunture della mano sinistra comprese quelle delle dita: il 25 giugno però, sesto dall'entrata, decimo dall'invasione febbrile, l'apiressia era perfetta (temperatura 36 4|5, densità delle orine 1017), e tutte le giunture erano libere e sciolte: la dose totale del nitro preso fu di grammi 60.

L'ammalato essendosi alzato dal letto un po' presto, ritornarono ancora doglie articolari alle regioni tibio-tarsee e radio-carpee: e altri 40 grammi di nitro, in quattro giorni, fecero intieramente ragione di questa recrudescenza. Dopo le ripetute iniezioni ipodermiche al

carpo sinistro si notò un leggier flemmone, che, presto aperto, dette un abbondante scolo sanioso. L'8 di luglio l'ammalato in piena convalescenza lasciava le sale cliniche.

Quest'osservazione, massime considerando l'avvenuta recidiva, proverebbe l'utilità del nitro nella cura del reumatismo articolare acuto; osservazioni ho già prodotte ed altre ne produrrò comprovanti la stessa cosa: non vorrei però stabilire in assioma generale che senza nitrato di potassa il reumatismo articolare guarire non possa: prima parlando delle cardiopatie, poi sul principio di questo articolo sulle malattie articolari ho riferito casi di reumatismi acuti, anche cardiaci, guariti in pochi giorni senza nitro e con semplicissima cura (1): un altro fatto amo qui riportare per dimostrare come a volte il reumatismo articolare possa benissimo guarire spontaneamente o pressochè.

Un falegname di temperamento sanguigno-bilioso, di costituzione robusta ed abito muscoloso, d'anni 44, dato ad una vita faticosa, con un genere di vitto anzichenò disordinato, entrava in clinica il 31 gennaio 1865, mentre dominava una costituzione atmosferica freddo-secca. Era incaricato della redazione della storia patologica il dott. Aimone. Dal memoriale storico risultò di sofferto vaiuolo, del quale se ne videro patenti le stimmati sul volto, e ancora di febbre morbillosa avuta in età piccina. A 19 anni fu colpito da pleurite, della quale guarì dopo cinque salassi. A 27 anni combattendo le patrie battaglie sotto Mantova (1848) ebbe febbri periodiche, le quali quantunque trattate coi chinoidei, forse per i molti salassi contemporaneamente fatti, durarono ben 9 mesi e non lo lasciarono libero se non dopochè ebbe lasciato il servizio

(1). V. le pagine 216, 598 e seguenti.

militare. Infine a 41 anno per cause diverse fu preso ancora da laringo-bronchite acuta curata pure con cinque salassi. Tale era l'anamnesi remota.

La prossima indicava come da tre settimane trovandosi privo di lavoro, mal nodrito e peggio riparato dalle ingiurie atmosferiche, fosse travagliato da dolori alle giunture, da prima mobili, poscia fissi sulle articolazioni femoro-tibiale, femoro-cotiloidea, intercarpee e meta-carpo-falangee del lato destro, con enfiagione ed arrossamento della pelle dei piedi, anche prodotti da ciò, che da parecchi giorni il misero, girovagando senza tetto e senza letto, era obbligato a dormire senza deporre nè abiti, nè calzatura.

Alla prima visita oltre le località articolari, per cui i movimenti delle parti malate erano dolorosi e difficili, si trovò una febbre marcatissima rappresentata da una temperatura di oltre 38 gradi, con frequenza di polso e di respiro, corizza, cefalea, crampi, tosse con respirazione ruvida, cardiopalmo, e stomatite eritematosa diffusa alla retrobocca; in una parola catarro diffuso alle vie digerenti e respiratorie e molesta prurigine alla pelle causata da sudiciume.

Con l'infuso di tiglio semplice si promosse presto il sudore; il riposo e cataplasmi emollienti fecero ragione dei dolori e della tumefazione articolare. Al tre di febbraio nel diario era notata apiressia: qualche evacuazione diarroica spontaneamente sorta completò la cura. Al 7 febbraio già si potettero concedere cibi, e toltane leggiera gastralgia per cui e acqua di Seltz ed una mosca di Milano *loco dolenti* erano prescritte, l'andamento ulteriore del fatto morboso non ebbe altre conseguenze: il 25 febbraio il malato usciva dall'ospedale libero non solo del reumatismo articolare ma ancora della prurigine e dai catarri, i quali se leggieri, erano tuttavia diffusi per gran tratto delle membrane mucose.

Brevissimo fu l'andamento di questo reumatismo, spontanea la guarigione: nè stupisce, per essere stato il medesimo abbastanza leggiero, anzi direi superficiale : ma a volte anche il reumatismo più radicato, se l'arte interviene, può con eguale prontezza guarire, come mostra il seguente caso clinico raccolto dal dott. Demetrio Musso e comprovante cogli altri già sopra narrati la grande tolleranza e l'efficacia del nitro(1).

Un muratore d'anni 36, di temperamento sanguigno-bilioso, di mediocre costituzione, entrava nell'ospedale il 20 dicembre 1864 mentre era dominante una costituzione atmosferica freddo-umida. Di malattie pregresse molte ne enumerò: un'enterite a 15 anni: poi la scabbia e una blenorragia a 22, una gastro-enterite a 32, curata quest'ultima con sei salassi; più un reumatismo articolare a 34 anni curato con sanguisugi ai vasi emorroidali e vinto in giorni venti.

(1) Questa tesi venne già per me sostenuta coll'appoggio di osservazioni pratiche riferite nell'altro mio rendiconto: se amo ritornarvi sopra con l'aggiunta di più numerose osservazioni, egli è perchè, le esperienze fatte recentemente (1865) *su animali* da Podcopaew di Pietroburgo e da Guttenann di Berlino avendo dimostrato che il nitrato di potassa *diminuisce la forza e l'energia delle contrazioni cardiache*, *deprime il polso e diminuisce la temperatura*, si teme possa anche nell'*uomo* malato facilmente riuscire venefico; il che per vero nella mia clinica non vidi avvenire mai malgrado le alte dosi usate e ripetute. Dell'uso del nitro nel reumatismo articolare acuto ebbi a lodarmi sempre: e quando per indocilità del malato o per intolleranza dovetti sospenderlo o desistere dalla sua amministrazione vidi durare più a lungo e più intenso il fatto morboso. Il perchè malgrado quanto ne scrisse contro un distinto farmacologo italiano, non saprei rinunziarvi, comunque poi se ne voglia spiegare l'azione e l'efficacia medicamentosa (V. *Istituzioni di mat. med. e terapeutica* del professore Arnaldo Cantani. Milano 1867, pag. 263).

Ora da 15 giorni era sofferente di dolori articolari che cominciarono al ginocchio sinistro, presero poscia il destro e lo costrinsero al letto. Non essendovi febbre, i dolori del ginocchio destro, come più persistenti di quelli del sinistro, furono curati con l'applicazione di un vescicante. Vantaggio se ne ebbe per la località, ma i dolori si portarono sulle articolazioni omero-scapolari destra e sinistra, e successivamente sopra tutte le giunture delle estremità superiori, eccettuate quelle delle mani. Inutili riuscirono alcuni mezzi empirici chiamati in aiuto e 'l malato venne a cercare la sua guarigione nell'ospedale.

Alla prima visita non si trovarono segni di febbre, temperatura 37 1|5, sudore abbondante: le orine però si conobbero molto acide e della densità di 1028: tutte le altre funzioni parvero normali, quella eccettuata del movimento alle estremità superiori, impedito da dolorose rigidezze, senza notevole tumefazione, delle articolazioni scapolo-omerali, omero-radio-cubitali e radio-carpea sinistra: quattro giorni dopo era colpita anche la giuntura radio-carpea destra. Nell' andamento successivo del fatto morboso si notarono delle alternative, ed esacerbazioni delle doglie articolari con movimento febbrile, polsi a 85 e temperatura 38 1|5; poco per volta però scemarono tutti i dolori; dove persistettero più a lungo fu nella regione ultima colpita, la radio-carpea destra. Ne' primi giorni di gennaio il diario segnò la scomparsa di ogni dolore e la libertà di tutti i movimenti articolari. La cura fu fatta quasi esclusivamente col nitro, del quale ne furono consumati 85 grammi in 17 giorni. L'uso non ne fu interrotto che dal bisogno di amministrare olio di ricino per muovere l'alvo, e fu prolungato per qualche giorno ancora oltre la scomparsa perfetta dei dolori, alla quale parve contribuire la manifestazione spontanea di un acne reumatico.

Un accidente occorso durante questo reumatismo non interruppe il buon andamento della cura. L'ammalato prima di entrare nell'ospedale aveva avuto rapporti con individui scabbiosi: la comparsa di alcune bollicine caratteristiche sul ventre, con molestissimo prurito notturno indicò la pomata solfuro-alcalina e i bagni con acqua e sapone. Questa cura non richiamò alcun dolore articolare e dopo una permanenza di 26 giorni, il 15 gennaio si permise l'uscita dall'ospedale, dopo di avere constatata la guarigione perfetta d'ogni manifestazione patologica.

Certo non la fu grave complicazione la scabbia , la cura per essa indicata però avrebbe potuto richiamare i dolori , se nol fece ben credo si potesse dire vinto il reumatismo. Moderatissima in questo caso fu la reazione febbrile , pare anzi che da principio fossevi apiressia perfetta: di reumatismo apirettico affatto, eppur tuttavia acuto, un esempio m'ebbi che non sarà inutile narrare tal quale risulta dal memoriale clinico scritto dal dott. Crescentino.

Un sarto d'anni 46, di temperamento bilioso, di mediocre costituzione e macilento assai, entrava in clinica il 27 aprile 1865: di precedenze morbose ei ricordava: 1° febbri periodiche sofferte a 17 anni che gli durarono tre mesi lasciandolo in preda ad una lenta fleboidesi addominale con iscolo emorroidale: 2° una blenorragia a 21 anno che durò pure parecchi mesi: 3° una pleurite destra sofferta a 45 anni, che fu curata con 8 salassi, i quali, come era naturale, più ancora che non la malattia, il lasciavano debole e sfinito per lungo tempo. Sofferente sempre di ingorgo addominale , il 20 aprile, mentre dominava una costituzione atmosferica caldo-secca, egli discendeva in cantina tutto grondante di sudore e il giorno dopo tosto sentiva dolori e rigidezza nelle ginocchia, che, senza ombra di accompagnatura febbrile ,

lievi da prima, andarono crescendo, estendendosi pur anco alle articolazioni tibio-astragalee ed a quelle dell'antibraccio e mano. Al terzo giorno dalla prima manifestazione tutte queste giunture erano per modo prese, che ogni movimento ne era doloroso e difficile. Un purgante drastico e qualche fomentazione secca parvero produrre qualche sollievo, ma tosto si ravvivarono i dolori e fu per ciò, che, condotto all'ospedale, gli si schiusero le porte dell'Instituto clinico.

Alla prima visita molte giunture erano dolenti, rigide, immobili, le femoro-tibiali, le tibio-astragalee, le radiocarpee, le omero-radio-cubitali: solo però il ginocchio destro era notevolmente tumido alla regione soprarotulea: le estremità erano freddiccie, il capo caldo, la faccia suffusa con cefalea gravativa, turgido il ventre con area epatica molto estesa: le respirazioni erano 18, 60 le polsazioni, la temperatura ascellare non arrivava a 37 gradi c., la densità delle orine 1018.

Si diagnosticava un reumatismo poli-articolare apiretico con iperemia cefalica e fleboidesi addominale. Per il fatto morboso principale, come anche per le sue omopatie congestizie era indicato il nitro e fu prescritto: in 10 giorni ne furono consunti grammi 76. Il polso, la temperatura, la respirazione non mutarono: aumentarono le orine: i dolori cessarono tutti a capo di cinque giorni: fu più lunga la gonfiezza al ginocchio destro: tuttavia il giorno 5 maggio anche questa giuntura era libera e 'l 7 l'ammalato potè alzarsi dal letto e camminare. I cataplasmi emollienti e sedativi, il riposo, il regime dietetico negativo prima e tenue da poi, più due mosche di Milano, indicate alle ginocchia da una molesta rigidezza articolare, furono i mezzi che cooperarono alla guarigione, la quale permise al nostro sarto di lasciar l'ospedale dopo una permanenza di soli 22 giorni, e libero di tutti li suoi malanni.

Le congestioni addominali e l'ingorgo epatico sono non rara complicanza di una forma di artralgie, le quali, *inspecta duplice causa*, potrebbero benissimo essere chiamate côl Sauvages reumatismi pletorici, quando il doppio elemento patogenico sempre concorresse, e quando pletore a rigor di termine si potessero chiamare le congestioni che si legano a volte con uno stato morboso alla vera pletora opposto, quale è la discrasia cloro-anemica.

Una cucitrice in calzoleria, d'anni 28, di tempra linfatico-biliosa, di mediocre costituzione, di abito cachettico fu accolta in clinica il 10 maggio 1865 al N. 359: della storia patologica ebbe incarico il dott. Giuseppe Silvani: dal suo memoriale risultò che la medesima, malgrado due volte vaccinata, fu tuttavia affetta da vaiuolo, del quale porta manifeste traccie. La prima vaccinazione fu praticata nella prima infanzia, la seconda all'età di anni 8 e quindici giorni dopo quest'ultima, se vero fu l'esposto, avrebbe sofferto di vaiuolo, con successiva tosse asinina e morbillo. La mestruazione cominciò assai per tempo, a 12 anni: e fu preceduta da ricorrenti epistassi: il flusso mensile fu sempre regolare ed abbondante e solo interrotto da cinque gravidanze, duranti le quali per pregiudizio di comari fu sempre salassata le quattro e le cinque volte, ciò che non impedì un parto prematuro al 6° mese per morte del feto. A 23 anni trovandosi incinta lavorava ed abitava in luogo basso ed umido, ragione per cui veniva colta da reumatismo poli-articolare, che con varia vicenda per incuria o cattiva cura durolle per ben tre anni. Riavevasi poi e per ben due anni godeva sufficientemente buona salute; ma sul finire di febbraio 1865, per gravi patemi d'animo, cagionati da dispiaceri domestici, cominciò a soffrire di generale malessere, inappetenza e intanto le si riprodussero gli antichi dolori articolari alle estremità inferiori, fissi particolarmente alle articolazioni tibio-astragalee.

Tentò varii rimedii: le si praticarono due salassi; ma tutto riuscì ad un risultamento negativo e le giunture de'piedi si fecero sempre più tumide e dolorose, tanto alla pressione come nei movimenti.

Alla prima visita la temperatura ascellare era di 37 3|5, i polsi 96, le respirazioni 24, il capo caldo, le estremità freddiccie. L'ascoltazione del cuore fece riconoscere un leggier soffio dolce e sistolico alla base: l'esplorazione addominale mostrò area epatica assai estesa, con ventre teso e meteorizzato, anoressia, dispepsia, lentezza d'alvo. Stitica abitualmente, la donna non deponeva le sue feccie che ogni 5 o 6 giorni: le orine di colore rosso carico con leggier sedimento mucoso presentarono la densità di 1017: trattate coll'acido nitrico si resero più limpide e chiare. Era prossima l'epoca mensile e prenunziavasi per un leggiero scolo mucoso dai genitali.

L'indicazione prima era di calmare la flogosi articolare con cataplasmi e riposo; veniva quindi ovvia l'opportunità di muover l'alvo e attivare la circolazione addominale. A quest'indicazione ho soddisfatto con le seguenti pillole: tartaro stibiato 0.10, aloe e sapone veneto aa un gramma — estratto camomilla q. b. per fare 20 pillole, da prenderne due ogni tre ore. Le molte evacuazioni alvine che se ne ebbero produssero tosto un miglioramento rimarchevolissimo in tutta la fenomenia morbosa. Nella notte dal 12 al 13 maggio comparve la mestruazione, che durò abbondante sino al 17. Durante questo benefizio emorragico diminuì la frequenza del polso (85) e la temperatura (36 4|5): si mitigarono prima, poi cessarono quasi affatto i dolori e l'enfiagione delle articolazioni tibio-astragalee: poche doglie comparvero al carpo destro che cessarono a capo di un giorno. Lo scolo mensile scomparso il 17 riapparve il 18, ma durò poche ore e l'ammalata avendo libere le funzioni del

ventre potè presto prendere cibi e digerirli come da tempo non aveva più potuto fare. Duc mosche di Milano ai malleoli la liberarono in fine di quelle doglie che dopo la cessazione de' più acuti dolori la trattennero ancora all'ospedale. Ne usciva però al 16° giorno.

Mostra il caso come a specialità di cause possa e debba anche nelle artropatie convenire specialità di cura; la quale anzichè dal concetto generale, teorico, nosologico; dall'esperienza e osservazione pratica e dalla modalità clinica sempre vuol essere inspirata. Questo è il grande arcano dell'esercizio medico, avvegnachè i fatti patologici variino sempre ed all'infinito, come ben valgono a dimostrare le molte osservazioni pubblicate in questo resoconto.

Finora ho narrati fatti di reumatismo poliarticolare quale malattia primaria; non parrà fuori di proposito massime per fare uno studio comparativo, aggiungere ora un fatto di monartrite secondaria ad altre malattie — pleuro-polmonite — adenite — accessi periodici.

Una povera serva d'anni 36, di temperamento bilioso-sanguigno, di mediocre costituzione fisica, molto macilenta, entrava nell'Instituto clinico il 30 gennaio 1865 al N. 360, mentre dominava una costituzione atmosferica freddo-umida. Il dott. Leopoldo Pagnì, come fatti interessanti di storia anamnestica remota, registrava: 1° vaiuolo a 4 anni; 2° febbre morbillosa a 14; 3° coxalgia destra a 18 anni per cui in 15 giorni le si fecero 12 salassi: ne guariva poi colla comparsa di abbondante mestruazione che durò 10 giorni; 4° temporanea amenorrea a 20 anni, per effetto di umido preso ai piedi durante il lunare benefizio, il quale non si ristabiliva che a capo di qualche mese. Anche in quell'epoca fu salassata 3 volte.

L'anamnesi prossima era brevissima: il 27 gennaio

dopo le solite fatiche del mestiere, colpita dal freddo umido della stagione, venne presa da generale malessere, brividi di freddo che durarono intensi per tre ore con dolore puntorio alla base del costato destro, tosse molesta, sputi rugginosi. La stessa febbre coi medesimi sintomi riprese anche il 28 alla stessa ora (mezzogiorno) e 'l 29, anticipando di parecchie ore. Ai brividi di freddo tenne dietro forte calore e prolungato, senza benefizio di sudore. Prima di entrare nell'ospedale cura non fece, stette a letto costretta dalla violenza del male e prese un po' di magnesia da cui ebbe una scarica alvina.

All'esame obbiettivo presto si riconobbe l'esistenza di una pleuro-polmonite destra, pel dolore pungente che esacerbavasi alla percussione; per l'ottusità completa al terzo inferiore del petto e la diminuita sonoreità nel terzo medio; pel difetto di rumor vescicolare e 'l soffio bronchiale in basso, per il rantolo crepitante velato e profondo verso l'angolo della scapola destra; per il rumor respiratorio puerile alla sommità del polmone. Le respirazioni erano 36 per minuto, la temperatura ascellare 39 2|5, i polsi 120, con ritmo cardiaco accelerato e suoni chiari e distinti. Nell'apparato digerente non si trovò che leggier catarro di bocca e due piccole bolle di idroe essicate sul margine libero del labbro inferiore, null'altro si riscontrò di ben notevole nelle altre funzioni, tranne la mancanza della mestruazione da parecchi mesi ed un po' di catarro congiuntivale.

Con due dosi di tartaro stibiato (0,10), in una mucilagine di gomma arabica e acqua coobata di lauro ceraso, si promossero molti vomiti e copiose evacuazioni alvine e abbondante sudore: e la temperatura discese a 38 4|5, le respirazioni a 30, i polsi 100: continuò la espettorazione rugginosa, continuò il dolore, tuttochè un po' meno forte: una esacerbazione ebbe luogo nella sera

del 2 febbraio (temperatura 39 3|5, polsi 125, respirazioni 40) ma terminava con un profuso sudore, e 'l miglioramento da poi dichiaravasi progressivo. Una pece di borgogna cantaridata fece completa ragione del dolore pleuritico; un collirio laudanizzato modificò il catarro congiuntivale: comparve rantolo crepitante di ritorno, si rese sensibile un leggier fregamento pleurale, gli sputi si fecero mucosi e crocei, le respirazioni si ridussero a 28, i polsi a 90, la temperatura a 37. Il 7 febbraio si concedeva qualche cibo e 'l giorno 11 la convalescenza della pleuro-polmonite era assicurata.

Ma in vicinanza della regione dov'era stato applicato il vescicatorio sorse linfangio-adenite che si diffuse all'ascella destra: una pomata con ioduro di potassio e cicuta, colla sopra posizione di cataplasmi emollienti ne fece ragione in soli 6 giorni: sorse però un'altra successione morbosa, una febbre periodica quotidiana con accessi vespertini, che, leggiera il 14, 15 e 16 febbraio, si dichiarò più intensa successivamente ed in ispecie il 19 e 20, giorni in cui durante l'accesso la temperatura salse a 40 e 40 1|5, i polsi a 108-110, le respirazioni a 30-32. Un'evidente omopatia gastrica indicava l'uso di emato-catartici, i quali però non troncarono la febbre: il 21 e 22 si amministrò un gramma di persolfato di chinino: i polsi si ridussero a 85, la temperatura a 36 1|5, le respirazioni a 24. Si notò col mezzo dei segni fisici che la polmonite malgrado questa successione morbosa febbrile non ebbe a soffrire alcun disturbo nelle sue fasi di risoluzione.

L'ammalata pareva avviarsi alla convalescenza quando, senza cause avvertite, sorse ne' primi di marzo un dolore dapprima alle due ginocchia, poi più specialmente al ginocchio destro, con successiva tumefazione, immobilità del medesimo e reazione febbrile (temperatura 38, polsi 96, respirazioni 25) che l'obbligarono nuovamente a più rigorosa dieta e assoluto riposo: tumida si fece non solo

la giuntura ma anche la coscia e la gamba; mentre dal lato sinistro il ginocchio misurava

sulla rotula 30 centim., al di sopra 38, al dissotto 29
il destro dette id. 36 id. 36 1|2 id. 36.

la tumefazione e deformazione della giuntura indicavano insieme coll'acutissimo dolore la sinovite articolare: le doglie però, che moltissimo si esacerbavano pei movimenti di lateralità del ginocchio, indicavano come non fossero immuni i legamenti tutti e anche gli incrociati, insieme cogli altri elementi anatomici della giuntura. Lungo assai fu il corso di questa monartrite: i cataplasmi emollienti e sedativi, i sanguisugi, il nitro, l'aconito furono a lungo continuati: ma pronto non fu il vantaggio: continuò la febbre sintomatica con leggiere esacerbazioni vespertine, senzachè però la temperatura andasse mai oltre i 38 gradi: i polsi oscillarono fra 85 e 95: le respirazioni tra 20 e 25.

Solo al 23 di marzo si trovò finalmente nella sera la temperatura di 37 con 75 pulsazioni: intanto cessato era il dolore e diminuita la tumefazione (33 centimetri sulla rotella destra, 29 al di sopra, 32 al di sotto): fu nella parte inferiore della giuntura dove e dolore e gonfiezza più lentamente sparirono. Internamente la cura si continuò con piccole dosi di nitro: qualche leggier accesso febbrile ricorrente a periodo necessitò anche la ripetizione del chinino: una prosopalgia fece amministrare giusquiamo e morfina: topicamente, oltre l'immobilità della giuntura nel senso dell'estensione, si usò la tintura di iodio, il collodion, la pomata di cicuta e la mercuriale e la iodica, i vescicanti volanti: dopo tuttociò una spontanea pustulizzazione portò una diminuzione nella rigidezza articolare e sul principio di aprile qualche leggier movimento potè essere fatto nel senso della flessione, persistendo però ancora dolorosi molto quelli di lateralità.

La lunga immobilità aveva per intanto prodotta una notevole macilenza in tutto l'arto destro: appena fu scomparsa affatto la tumefazione edematosa e l'idartrosi, misurando le due estremità inferiori si trovò nella coscia sinistra un perimetro di 4 centimetri più che dal lato destro e nel polpaccio della gamba anche due centimetri a sinistra di più che a destra; ma la periferia del ginocchio destro persistette ad essere maggiore della sinistra di due centimetri, continuando anche la rigidezza articolare, per cui la misera alzandosi dal letto in maggio dovette adoperare le stampelle, le quali solo potè abbandonare, e ancora a intervalli soltanto, nel mese di luglio. Quantunque progressivo, il miglioramento fu per altro lentissimo e tanto nelle generali condizioni della nutrizione, che si risentirono del lungo decubito e delle varie successioni morbose, quanto nella località.

Il 31 agosto, giorno in che fu chiuso l'Instituto clinico, l'ammalata dopo una permanenza di sette mesi, la portava sempre ancora un po' di atrofia del membro, con rigidezza e deformità del ginocchio per tumefazione; indicante questa come al lungo fatto flogistico anche i capi articolari avessero realmente preso parte: egli è alla condro-osteite articolare ch'io credetti dover attribuire e 'l lungo andamento del fatto morboso e la difficile cura e l'esito incompleto della guarigione; pur troppo la monartrite va soventi anche alla anchilosi e quando le condizioni costituzionali del malato vi predispongano, può correre a più grave esito, l'artrocace: il perchè nella fattispecie credo potermi lodare della residua deformità, relativamente tollerabile: essa fu un minimo grado di quell'artritide deformante che a volte rende gli ammalati gravemente malconci per istorpiature diverse, massime nelle piccole giunture delle mani e dei piedi.

Un esempio di quest'artritide deformante mel porse un brentatore, che da 15 anni in qua, ad ogni primavera è attaccato da reumatismo poli-articolare e che per tre anni di seguito 1865-66-67 venne ricoverato nel clinico Instituto, dove rimase sempre oltre 2 mesi e, cosa notevole, senza aver presentato mai alcun indizio di localizzazione cardiaca.

Egli è uomo che all'epoca della sua prima entrata nella clinica, 10 aprile 1865, contava 55 anni, mostrando l'impronta di forte e robusta costituzione e temperamento bilioso-sanguigno. Narrò di avere sofferte le abituali malattie infantili, compreso il vaiuolo, tuttochè fosse stato con successo vaccinato; e di essere andato soggetto in giovanile età a frequenti cefalee, delle quali liberavanlo frequenti epistassi. A 22 anni, mentre era al militare servizio come zappatore del genio, sofferse di febbre reumatica con lombagine, per cui gli si applicarono localmente alcune coppe scarificate, delle quali porta l'impronta in manifeste cicatrici: ne guariva in soli 10 giorni. A 26 anni sofferse di grave emormesi cerebrale con perdita della conoscenza per cui gli si praticarono tre salassi. Ne guariva in 15 giorni. A 38 anni ebbe una febbre reumatica con prosopalgia, per cui gli si fecero ancora quattro salassi. A 44 anni fu assalito dalle febbri periodiche curate con salassi e chinoidei.

Inoltre per avere abitato un luogo umido nel 1853, da 13 anni, ad ogni primavera venne sempre sorpreso da febbri reumatiche con dolori articolari vaghi, i quali specialmente si localizzarono quali processi flogistici alle articolazioni delle mani, dei gomiti, delle ginocchia, prendendo anche i capi ossei, a segno da lasciarne alcuni tumefatti, e a tal grado, da impedire il giuoco delle puleggie articolari. L'andamento del morbo fu sempre piuttosto lento e con poca rappresentanza febbrile, il

perchè anche i più amici del salasso che ebbero a curarlo si limitarono sempre a poche sanguigne generali e qualche sanguisugio. L'attacco per cui fu accettato in clinica nel 1865 ebbe cominciamento il 7 aprile dalle articolazioni falangee della mano sinistra, d'onde si estese poi anche al carpo, cagionandogli calore, tumefazione, dolore da impedirgli ogni minimo movimento. Si curò con unture oleose e fomentazioni emollienti; ma viste le medesime affatto inutili riparava all'ospedale: la mano destra era alla prima visita egualmente colpita che la sinistra nelle articolazioni radio-carpee, carpo-metacarpee, metacarpo-falangee, che tutte erano rosse, tumide, dolenti, rigide, immobili. Non v'era febbre, polsi a 72, temperatura 37, respirazioni 23: i movimenti del cuore un po' accelerati, con toni oscuri; cefalea con susurri alle orecchie, leggier catarro di bocca, appetito normale, alvo regolare, orine con densità di 1,028 e reazione notevolmente acida.

Per tutta cura si condannò 'l malato al riposo, ad una tenue dieta, applicando cataplasmi emollienti e sedativi sulle giunture e dandogli per bevanda una emulsione di mandorle nitrata. Ne' primi giorni fuvvi come al solito un movimento ascendente nelle manifestazioni morbose articolari: prima le articolazioni tarsee, metatarsee e falangee del piede destro, poi quelle del sinistro: in seguito il gomito destro, e successivamente ancora le due ginocchia furono prese. I dolori furono a volte così intensi da eccitare un po' di movimento febbrile (polsi a 95, temperatura 38 2|5), ma sempre di breve durata e seguìto da remissioni tali che vera apiressia costituivano. La cura si continuò coi cataplasmi, col nitro, coll'aconito, coll'olio di ricino ripetutamente amministrato per vincere la coprostasi causata dal decubito e dalla immobilità.

Le località dolorose cominciarono a sminuire d'intensità e di numero il 18 aprile e in quel giorno le orine avevano già una densità minore (1,021) con reazione quasi neutra. La diminuzione dei dolori, stando sempre la stessa temperatura (37 o 36 3|5), la stessa frequenza di polso (72) e di respiro (24), andò di pari passo colla diminuzione nella densità delle orine, che il 24 aprile si trovò di 1,016. Una circostanza notevole quella si fu che il dolore e la tumefazione e la rigidezza articolare cessarono da prima nelle articolazioni ultimamente prese, e perdurarono per contro assai a lungo nelle giunture della mano sinistra, delle quali alcune presentarono una vera forma nodosa. Il miglioramento poi fu assai più pronto da principio che non successivamente; malgrado la continuazione della stessa cura, lunga fu la sequela di dolori tuttochè di molto scemati, e ridotti, direi, a semplice dolorosa rigidezza. Il 10 maggio, dopo un mese di permanenza nell'ospedale, l'ammalato già aveva consumati 150 grammi di nitrato di potassa e con perfetta tolleranza. Il rimedio si dovette sospendere soltanto per 2 giorni in causa di insorti dolori addominali con diarrea, di cui fece ragione intiera un decotto di tamarindo. Il 14 maggio si potè concedere l'alzata dal letto: i movimenti ridestarono le doglie articolari ed un po' di edema alle estremità inferiori, ma poco per volta esse ripresero la regolarità delle loro funzioni. Allo scopo di diminuire le tumidezze e i nodi articolari alla mano sinistra, si tentò iodio e cicuta ma con poco profitto: maggior risultato dettero ripetute mosche di Milano applicate direttamente sulle articolazioni tuttora rigide, tumide ed un po' dolorose delle dita della mano sinistra: dai vescicanti si ebbero non solo utili vescicazioni, abbondante scolo sieroso, ma anche un eritema diffuso alla mano, che però non ebbe seguito.

Dal 10 maggio al 2 giugno si consumarono ancora 130 grammi di nitro e sempre con perfetta tolleranza. È notevole che 280 grammi di nitro in complesso furono presi nell'intervallo di soli 53 giorni ; e mentre un'alimentazione progressivamente più nutriente permise all'infermo di migliorare notevolmente le condizioni generali della sua nutrizione, non si modificò però per nulla in lui la diatesi reumatico-artritica, oramai connaturata coll'essere suo.

Il 3 giugno, mentre la convalescenza pareva al termine, e 'l malato stava alzato pressochè tutto il giorno, comparve senz'altra cagione una tumefazione, con dolore e rosseggiamento cupo all'articolazione metatarso-falangea del grosso dito destro, sì e come nei podagrosi soventi accade di osservare: ad un tempo si esacerbarono i dolori al carpo sinistro e si rinnovarono anche all'articolazione omero-cubitale dello stesso lato : queste manifestazioni però furono di breve durata: in nove giorni, con 50 grammi di bicarbonato di soda ripartitamente presi in cartoline, il nostro infermo potè lasciare la Clinica il 12 giugno 1860. Vi ritornava però dopo otto mesi.

Il 15 marzo 1866 egli rientrava nuovamente nell'ospedale: narrava come fosse stato bene fino al 24 febbraio ; giorno in cui lo assalivano dolori articolari e gonfiezza ai piedi prima, poscia alle ginocchia, senz'altri disturbi funzionali notevoli : il perchè potè tirare avanti per ben 19 giorni: solo quando fu vinto dall'acutezza del dolore e dalla impossibilità de' movimenti si volse a quell'ospizio dove altra volta aveva trovata salute.

Erano più notevolmente prese le articolazioni tibio-tarsea, e femoro-tibiale destre, la radio-carpea, le carpo-metacarpee, le metacarpee, le metacarpo-falangee della mano sinistra : ma anche le articolazioni dell'arto superiore destro non erano affatto immuni da doglie e tu-

mefazione. Tranne un leggier catarro gastrico e buccale, ed un'oscurità dei toni cardiaci a sinistra, che lasciarono credere ad un leggier inspessimento delle pareti del cuore sinistro, nulla si trovò degno di rimarco. Quantunque i polsi fossero a 100, le respirazioni si contarono da 18 a 22, e la temperatura non andò oltre i 37 2|5; le orine limpide ed acide dettero una densità di 1,026. Anche questa volta fu notato rapporto tra la decrescenza dei dolori e della densità delle orine che a capo di pochi giorni segnarono all'urometro 1,021 poi 1,018, e a capo di un mese 1,014. Aumentò di nuovo a densità dell'orina sino a 1,016 e 1,018 per insorti accessi febbrili con polsi a 90, respirazioni a 24 e 38 1|5, di temperatura: accessi che accompagnarono la localizzazione speciale e le ripetute esacerbazioni dell'artritide nel ginocchio sinistro.

La cura si cominciò col riposo, colla dieta semplice, coi cataplasmi soliti, col nitro, del quale furono consumati 70 grammi in 15 giorni, più con purganti oleosi per muovere l'alvo; si osservò che l'astinenza non potè essere a lungo prolungata: il 23 marzo l'ammalato si lagnava di sfinimento con daltonismo, per cui si dovette mettere ad un'alimentazione roborante che tosto il rimise e fece cessare quello strano fenomeno della visione. Tre furono le ragioni per cui non si commise al nitro solo tutta la cura: 1° perchè ve n'era poca tolleranza e facilmente dalle dosi un po' forti ne sorgevano dolori intestinali: 2° perchè il reumatismo s'era localizzato e cangiato in gonartrite: 3° perchè gli accessi di febbre a volte ricorsero intermittenti. Per questo si ebbe ricorso a ripetute dosi di chinino con oppio e estratto d'aconito: e per la gonartrite due operazioni di mignatte furono ancora fatte localmente, più un'applicazione di collodion cantaridato. Il 16 aprile volli anche sperimentare la veratrina, ma

non fu tollerata. Venti centigrammi in 10 pillole, contro il prescritto a troppo breve distanza le une dalle altre prese, determinarono quasi sintomi di avvelenamento; agitazione, insonnia, vertigini, urti di vomito, peso all'epigastro, coliche, senso di bruciore alle fauci, evacuazioni alvine sciolte, somma prostrazione di forze, estremità freddiccie, temperatura ascellare a 36 3|5 con 20 respirazioni e 50 pulsazioni (1). Come era naturale si desistette tosto da siffatta prescrizione per ricorrere ad una mistura cardiaca con laudano. Con questa la temperatura tornò a 37 e 'l polso a 80 e 90 per minuto. Malgrado gli effetti prodotti dalla veratrina, persistettero acuti i dolori al ginocchio sinistro, per cui anche la morfina fu chiamata in aiuto, ma con vantaggio unicamente palliativo. Un curioso fenomeno tenne dietro a quest'ultima medicazione, la stranguria, che terminò in

(1) Drasche che adoperò nella cura della polmonite la tintura alcoolica del veratrum viridis, alla dose persino di 6 grammi al giorno, notò il vomito; la diarrea; la diminuzione della frequenza del polso, che si riduce in media dalle 40 alle 60 pulsazioni per minuto; la diminuzione della temperatura da 1 a 4 gradi; la minore ambascia di respiro; un notevole malessere; e a volte il singhiozzo, il freddo alle estremità, il pallore del volto.

Ho volontieri riportati questi fenomeni osservati dall'uso della tintura del veratrum viridis, come quelli che corrispondono esattamente a quelli per me osservati dalla veratrina.

Se si considera che le minime dosi della detta tintura non modificano la febbre nella polmonite, come osserva Drasche, e che le dosi alte producono effetti venefici, credo che difficilmente la si potrà adottare come metodo generale nella cura della polmonite: nel reumatismo per contro, potendo riuscire anche a piccole e non venefiche dosi, come ho mostrato con osservazioni pubblicate nella *Gazz. dell'Assoc. med.* fin dal 1853, questo rimedio, purchè ne sia ben controllata l'amministrazione, può essere con confidenza adoperato.

vera iscuria e rese necessarie due operazioni di cateterismo. L'epifenomeno non ebbe seguito. Da poi il miglioramento fu progressivo: e nel ginocchio sinistro i movimenti si resero sempre più liberi ed estesi ed indolenti: un solo centimetro in più segnava la sua circonferenza relativamente al ginocchio destro: nello stato generale la nutrizione andò via via facendo rapidi progressi, al che contribuì la dieta lattea unita ad un'alimentazione del tutto riparatrice.

Il 21 maggio 1866, dopo una permanenza di 66 giorni, camminando a pie' libero l'ammalato lasciava l'ospedale per l'ospizio di San Salvario, che con provvido consiglio si apre ai miseri convalescenti delle più gravi e più lunghe malattie, ospizio che lascia un solo desiderio... quello di essere più ampio! Risanava completamente: e solo nello scendere le scale e nello affaticarsi, il ginocchio gli si mostrava rigido e duro, e a volte gli si gonfiavano i piedi per leggiero edema. Stette da poi abbastanza bene per oltre dieci mesi, durante i quali però dimagrò notevolmente. Mentre prima di uscire dall'ospedale, il 14 maggio 1866, pesava 69,000 grammi, rientrandovi il 5 aprile 1867, per l'identica malattia, lo si trovò pesare solo 57,000 grammi.

Questo nuovo attacco cominciò il 3 aprile dominando una costituzione morbosa reumatica, con atmosfera serena, vento, e una temperatura giornaliera oscillante tra il *minimum* di + 8,6 c. ed il *maximum* di + 20 c. I dolori da prima vaghi e generali si localizzarono come l'altra volta sul ginocchio sinistro che si presentò tumido, arrossato, dolente, rigido, non a segno però da impedire la deambulazione e la stazione in piedi: alla prima visita anche il ginocchio destro e le articolazioni dei piedi erano rigide, dolenti, tumide: nessun'altra funzione era notevolmente alterata: appetenza normale,

cefalea leggiera, 20 respirazioni, 72 pulsazioni, 37 1|5 di temperatura: attirarono però speciale attenzione le orine, le quali, di color rosso carico con una reazione fortemente acida, presentavano una densità di 1,024, con abbondante sedimento mucoso, molta urea, circa 33 p. 1000, molti cloruri, 9 p. 1000, e anche notevole proporzione di urati e solfati: solo i fosfati si trovarono in assai scarsa proporzione.

La cura si cominciò anche questa volta col riposo e cataplasmi emollienti, colla soprapposizione dell'olio di giusquiamo, colla dieta semplice, col nitro. Questo trattamento non impedì la marcia ascendente delle località articolari già colpite, nè tampoco nuove manifestazioni dolorose alle articolazioni digitali della mano destra già sformate per altri attacchi artritici. Si svolse anzi vera febbre, temperatura 39, polsi 100, respirazioni 24 e gli stessi suoni cardiaci prima oscuri e concentrati si resero più chiari con timbro metallico e rumor valvolare secco. Questa acutizzazione fece prendere l'indicazione dell'aconito e quindi, vista la ricorrenza a periodo degli accessi febbrili, anche del chinino. Si osservò che ad ogni esacerbazione febbrile si esacerbarono sempre i dolori articolari già esistenti ed altri ne sorsero alle articolazioni coxo-femorali e metacarpo-falangee. Quantunque abbondante sia comparso il sudore e contemporaneamente migliari dominassero e nella stessa clinica ammalati vi fossero affetti da reumatismo articolare acuto con migliari, tuttavia di queste non se ne osservò traccia. Si continuò aconito e nitro: olio di ricino si aggiunse quando da 9 giorni per effetto della lunga immobilità mancavano le alvine deiezioni.

Il 18 aprile, 13° dall'entrata, i dolori erano tutti in diminuzione e le orine, di un colore giallo d'ambra, di reazione neutra, non avevano più che la densità di 1,21, l'urea era ridotta al 23 per 1000, i cloruri a 5 p. 1000

e anche i solfati meno abbondanti, maggiore per contro la proporzione dei fosfati ferrosi. La diminuzione dei dolori e della tumefazione progredì regolarmente in tutte le giunture, meno nel ginocchio destro che più a lungo rimase rigido e duro: solo sul finire di maggio potè essere flesso senza dolore; il quale nel camminare e nello scendere le scale, tuttochè coll'appoggio delle grucce, facevasi specialmente sentire: fin dal 6 maggio, le orine abbondanti e limpide avevano la densità di 1,014. La dose del nitro a tutto il 30 aprile fu di 99 grammi: si sospese poi per insorta diarrea e si riprese ancora fino alla dose totale di grammi 129: quella dell'estratto d'aconito fu di un gramma in cinque giorni: quella del chinino di tre grammi: sulle località dolenti anche il collodion semplice fu applicato: la cura si completò coll'uso abbondante del latte vaccino. L'ammalato lasciò altra volta la Clinica per l'ospizio di San Salvario l'11 di giugno: lo stato della nutrizione era a segno migliorato, che il peso salse a 63,000 grammi, con un aumento cioè di circa cinque chilogrammi dal peso che presentò nel dì dell'entrata.

Raro è che nel nostro spedale si possano tener d'occhio le malattie lente e croniche nelle varie loro ricorrenze: più interessante riuscì pertanto questa osservazione della quale in tre anni successivi tennero esatto conto il dottore Pagni prima, poi il dottore Vallino Giovanni e successivamente il rumeno dottore Michâlesco Basilio.

Nessun fatto meglio dell'ora narrato può mostrare quali rapporti vi sieno fra reumatismo articolare e artritide reumatica; tra le ordinarie e semplici artropatie lente e quelle che riescono deformanti; starei per dire fra il reumatismo e la stessa gotta; forme morbose ontologicamente distinte, ma clinicamente tanto apparentate da lasciare a volte incerta e dubbiosa una formola diagnostica assoluta ed esclusiva.

Come concepire nella fattispecie la ripetizione di tanti attacchi reumatici quasi sempre primaverili e senza notevole compartecipazione patologica dei precordii? Vi avrebbe per avventura contribuito l'andamento sempre lento, e la forma per lo più apirettica, o leggiermente febbrile del reumatismo? Per me sarei per crederlo, appoggiato anche ad altri casi, in cui al reumatismo lento ed apirettico vidi molto meno facilmente succedere la cardiopatia reumatica, che per vero più di spesso tien dietro al reumatismo acuto e febbrile.

Molteplici e varie sono le forme morbose reumatiche articolari delle quali ho finora discorso: esse tuttavia non comprendono ancora tutte le varietà possibili, essendochè dalla diatesi alla cachessia reumatica vi ha una infinità di gradazioni: un esempio cel porge la seguente osservazione clinica in cui al reumatismo tenne dietro fragilità delle ossa, lenta osteite, vaste suppurazioni con infezione di pus che riuscì letale.

Un giovine serragliere d'anni 27, già soldato di artiglieria, di temperamento sanguigno, di costituzione robusta, dato ad un genere di vita faticoso e ad un regime di vitto del tutto regolare, entrava in clinica il 19 gennaio 1865 al N. 148. Narrò di avere sofferto vaiuolo confluente all'età di 8 anni, e le traccie se ne trovarono sulla faccia. Altre malattie non ricordò prima di 22 anni, epoca in cui, già essendo soldato, contrasse una blenorragia la quale dopo un mese e mezzo guariva spontaneamente: appena cessato lo scolo uretrale da pochi giorni, compariva un bubone inguinale destro che passò a suppurazione, si aperse spontaneamente e andò a spontanea cicatrizzazione anche in pochi dì. Di ulceri sifilitiche non ebbe traccia. A' 24 anni trovandosi all'assedio di Gaeta sofferse di otitide reumatica curata nell'ospedale militare in venti giorni e con semplici emollienti.

D'allora in poi andò però sempre soggetto a dolori vaganti per le membra, e per le giunture in ispecie, che seguirono alternative diverse e senza essere più sensibili di notte che di giorno o viceversa, parevano seguire le alternative atmosferiche: anche senza alcuna cura tali dolori non si aggravarono notevolmente.

Quando fu accettato nell'ospedale, da soli quindici giorni, a suo dire, era affetto da dolore fisso all'articolazione scapolo-omerale sinistra, che, senza tumefazione, senza cangiamento di colore nei comuni integumenti, si esacerbava alla pressione portata sulla parte anterior-inferiore dell'articolazione e in tutti i movimenti del braccio. Per otto giorni tuttavia continuò a lavorare; solo desistette dal lavoro quando gli si fece tumido e dolente il ginocchio destro, e rigida e dolorosa si rese pure la regione dorso-lombare, dove gli furono a casa sua applicate otto mignatte: contemporaneamente a questo sanguisugio anche sulla spalla sinistra furono apposte 4 sanguette.

Alla prima visita era cessato il dolore alla regione dorso-lombare, persistevano le località della spalla sinistra e ginocchio destro: in quella pareva preso da reumatismo il deltoide; in questo la capsula fibrosa e i legamenti. Non c'era febbre, polsi a 77, respirazioni 20, temperatura 36 3|5: appetenza, facili le digestioni, alvo regolare, orine limpide, chiare, abbondanti, neutre. Quantunque per iscogliosi della colonna vertebrale il torace fosse gibboso a sinistra, ed a segno, che il perimetro del medesimo, alla regione mammillare, fosse più esteso di 3 centimetri comparativamente al lato destro, tuttavia nè al polmone, nè al cuore si trovarono segni di condizioni morbose; normale il mormorio respiratorio; oscuri e concentrati i suoni cardiaci ma non per altro che per essere il centro della circolazione in

gran parte coperto dal margine anteriore del polmone sinistro: intieramente regolari le funzioni del sistema nervoso: tumide, ingorgate ma indolenti alcune ghiandole inguinali tanto dal lato sinistro, come dal destro, dove si trovò una piccola cicatrice cutanea, bianca, allungata, lasciata dal sofferto bubone.

Giudicando di reumatismo prescrissi cataplasmi sulle località dolenti e bevande nitrate: in 20 giorni furono dati 87 grammi di nitrato di potassa e a quanto parve con risultato favorevole. Continuarono sì i dolori alla spalla ed al ginocchio ma con qualche minore intensità; anzi in quella terminarono per essere rappresentati da semplice torpore ossia impotenza dei movimenti di elevazione del braccio, e senso di rigidezza all'inserzione omerale del muscolo deltoide: il ginocchio apparve meno rigido e meno dolente nei movimenti di flessione: ricomparve però la doglia lombo-dorsale e abbastanza molesta da impedire i movimenti del tronco. Del resto febbre non vi fu mai e tutte le funzioni si compivano più o meno regolarmente; in causa del decubito diminuì però un po' l'appetenza, l'alvo si rese difficile ed obbligò all'uso di qualche purgante. Alcune notti furono insonni per sensibile esacerbazione dei dolori durante le ore notturne. Alcune mosche di Milano applicate sul deltoide e sul ginocchio dolorosi parvero produrre notevole sollievo: malgrado però un vitto nutriente, l'ammalato non si rimetteva in forze e l'8 di febbraio, mentre rallegravasi di essere libero dalle oramai inveterate sue doglie muscolo-articolari, mentre lo si disponeva alla cura ricostituente coll'olio di merluzzo indicato dal deperimento costituzionale (cachessia reumatica), ecco che all'una pomeridiana, senza notevole cagione, nel fare un semplicissimo movimento nel suo letto, l'ammalato sentì uno scroscio nella parte superiore della coscia destra con forte dolore

corrispondente e assoluta impossibilità dei movimenti attivi dell'arto tutto. Allo scroscio da poi anche artificialmente provocato ed alla grande mobilità del frammento inferiore, fu diagnosticata una frattura del femore in alto; la sproporzione della causa occasionale coll'effetto che ne sorse fece ammettere fragilità di ossa, e per la cura chirurgica dall'Instituto clinico fu trasferto nelle sale a quella destinate, dove stette dal 9 febbraio al 17 marzo, data della sua morte.

Dalle notizie sommarie che a cose finite dal chirurgo assistente mi furono cortesemente comunicate intorno ai fenomeni osservati in questo intervallo di tempo, risultò che la frattura non presentò nemmeno un principio di consolidazione: il frammento inferiore del femore destro si conservò sempre mobilissimo: non gravi furono i dolori che l'ammalato ne provò: però alla regione superiore della coscia verso l'articolazione ileo-femorale si svolse un tumore profondamente fluttuante con edema sottocutaneo: un pari tumore fluttuante si manifestò pur anco nella fossa illiaca destra, presso la cresta dell'osso innominato, il quale, verso la spina anterior-superiore, ebbe a presentare parvenza di una soluzione di continuità; e mentre si formarono questi ascessi, sintomatici di osteoperiostite, l'ammalato andò in progressivo deperimento per febbre lenta vespertina. Il vitto analettico, la china, il ferro, il vino non impedirono il marasmo, la gangrena di decubito, la diarrea colliquativa, l'infezione purulenta, la febbre consuntiva con delirio, che, come sempre in tali casi succede, fu prodromo di morte.

Alla sezione necroscopica fatta 24 ore dopo il decesso, oltre uno straordinario dimagramento nell'abito esterno del cadavere, trovaronsi dal settore anatomico due vasti ascessi alla regione ileo-femorale destra ed alla regione illiaca corrispondente; non che una larga ulcera di de-

cubito al sacro; e profonde lesioni dello scheletro, quali son lieto di potere descrivere sì e come risultano dal pezzo patologico diligentemente conservato dal dottore Spantigati nel museo Riberi. Chè gli è un bellissimo esempio di osteoporosi (osteite rarefaciente). La cresta illiaca destra, per tutto il suo terzo anteriore intieramente erosa e cariosa presenta le due pagine ossee rarefatte come una lamina cribrosa, senza traccia di sostanza diploica intermedia: tutta la sostanza ossea dalla spina illiaca anterior-superiore alla cavità dell'acetabolo è intieramente scavata e l'osso per alcuni centimetri è del tutto perforato: alcuni tessuti fibrosi distaccati ed essicati presentano traccie di stalattiti ossee: tale è la aponeurosi pelvica e la illiaca. Il fondo della cavità cotiloidea è carioso, scoperto, eroso; distrutto completamente il legamento interosseo, consumato interamente il capo articolare del femore, rotto il collo chirurgico e staccato del tutto, in un col gran trocantere della diafisi del femore: l'epifisi superiore di quest'osso è ridotta in pezzi molteplici, erosi, rarefatti, cariosi. Identica lesione al sacro, col canale sacrale aperto in grande estensione per l'erosione dei processi spinosi delle lamine e processi trasversi della prima, seconda e terza vertebra sacrale: cariosi e scoperti anche i processi spinosi e le lamine delle ultime vertebre lombari.

Dalla relazione che il sullodato settore anatomico dell'ospedale di San Gioanni mi dette dei risultati necroscopici per lui riconosciuti, non risultò di altre lesioni importanti. Tutta la visceratura addominale fu trovata come nel marasmo si incontra: il fegato iperemizzato ed adiposo: le intestina ed il ventricolo retratti. Il cuore con poco sangue. Poca sierosità nelle meningi cerebrali: la massa cerebrale piuttosto piccola. I muscoli psoas ed illiaco corrispondenti all'ascesso della fossa illiaca destra assottigliati e infiltrati di pus.

Ho messo questo grave fatto morboso dello scheletro a carico delle cause reumatizzanti: non ci avrà avuto anche parte la sifilide? La nessuna precedenza di ulceri, l'intervallo che trascorse dall'infezione venerea alla manifestazione patologica descritta, la forma morbosa (artropatie), la mancanza di forme sifilitiche dichiarate, il vantaggio ottenuto dalla cura col nitro, potrebbero essere argomenti per escludere l'influenza causale specifica: essere troppo esclusivo per altro non vorrei, avvegnachè la gonorrea potesse essere stata sifilitica, e una composizione causale più ragionevolmente si possa credere capace di produrre tanta gravezza di mali, la cachessia, la fragilità delle ossa, l'osteite, gli ascessi, l'infezione purulenta; i quali mentre non avevano fondamento in alcuna costituzione morbosa primigenia, radicale, dovevano dipendere da una condizione patologica accidentalmente sopravvenuta, reumatica senza dubbio, forse anche sifilitica.

Cogli esemplari delle diverse malattie reumatico-articolari di cui ho prodotto le osservazioni cliniche egli è facile lo scorgere quanto le medesime possano variare per entità, per grado, per sede, per andamento, per esiti, per cause, per metodo di cura. Tra un'artropatia reumatica semplice, fugace, vaga, nervosa, ed una reumartrite fissa cui prendono parte e legamenti (sindesmite) e sinoviale (sinovite-idrartros) e cartilagini (condrite) e capi articolari (osteite); fra un reumatismo articolare acuto che in pochi giorni si risolve senz'altro ed un'artritide deformante, una cachessia reumatica, un nodo tofacco, un'artrocace: fra un fatto reumatico localizzato ad una o poche giunture e quello che tutte le prende, e sugli involucri viscerali si diffonde; fra un reumatismo articolare apirettico ed un reumatismo articolare febbrile: fra una fugace cardiopatia reumatica (reuma-

tismo del cuore, pericardite, endocardite, miosite cardiaca) ed una viziatura organica dei precordi (stenosi, insufficienze, dilatazioni, ipertrofie) originata dalla malattia reumatica: tra una artropatia reumatica semplice ed un' artropatia complicata di pletora, di sifilide, di scorbuto, di influenze saturnine e che so io: tra un fatto patologico accidentalmente occasionato da cause reumatiche comuni (sbilanci di temperatura e di stato igrometrico, vento, freddo secco od umido), ed un altro che sia abituale, recidivo, di origine diatesica: tra tutte queste forme di malattia reumatica corre soventi un mondo di differenze; le quali sole, quando sieno convenientemente apprezzate, spiegano il perchè tanto varii l'andamento e l'esito di questa malattia anche adoperando lo stesso trattamento curativo. Nè pel nosologo, nè pel clinico il reumatismo articolare rappresentando sempre la stessa malattia, ne viene che quantunque ontologicamente la sia dalle altre distinta, in pratica però la si può confondere con altre artropatie, colla gonorroica per esempio, colla sifilitica, siccome risulta da questo rendiconto troppo lungo oramai, perchè io non istimi di prender commiato dal benevolo lettore dopo poche parole di conclusione.

CONCLUSIONE

Un rendiconto clinico non è e non può essere un lavoro di concetto originale: come tale non ha e non può avere quel prestigio, quell'interesse per chi legge, quel merito di novità che hanno i lavori originali, con che o si fa o almeno si tenta di far progredire la scienza.

Tuttavia un cumulo di fatti pratici colla maggior possibile diligenza raccolti, dai quali non pochi corollarii si possono traggere, non può a meno di avere la sua utilità. E come l'insegnamento clinico giova per l'indirizzo che dà alle giovani menti che alla medicina pratica si applicano, così la pubblicazione delle osservazioni fatte in un anno di scuola pratica, se male non mi appongo, deve riuscire vantaggiosa per l'istruzione, e, oserei dire, degli studenti non solo, ma anche di coloro che da tempo abbandonarono i banchi della scuola.

Sonvi medici, che, amanti della scienza, la vorrebbero vedere sempre in veste dogmatica, ricca di commenti e di erudizione, avvolta in concepimenti dottrinali, con larghe viste teoriche; e questa per essi prediletta chiamano filosofia della scienza! Cotestoro, ne son certo, non saranno soddisfatti del rendiconto ch'io presentai al pubblico giudizio; forse lo avranno nemmeno letto ed io confesso che non l'ho scritto per essi loro!

Chi la casuistica giudica superflua, e le storie cliniche minutamente esposte trova prolisse, quegli non sa che cosa sia studio clinico. Chi anzichè le osservazioni e i fatti ama le digressioni, i ragionamenti, le teorie, i commenti, quegli non ha un concetto clinico, o lo falsa completamente. I fatti clinici sono essenzialmente fatti individuali, sono unità staccate e distinte che soventi

non si possono rigorosamente assieme sommare o complessivamente considerare, senza forzare un tal po' la verità. Il lavoro del clinico è in massima parte lavoro di osservazione e di analisi: quando arriva all'induzione ed alla sintesi e dal particolare vuol salire al generale, dal fatto al principio, dal caso pratico alle leggi che lo governano, gli è giuocoforza abbandonare il letto dell'ammalato. Appena gli è permesso di fare esami di paragone, di stabilire paralleli e confronti: per essi la clinica si illumina e si illustra: oltre questi limiti il campo clinico è chiuso e si apre quello della patologia vuoi generale o speciale, nel quale non si entra senza l'aiuto dell'astrazione; e questa dalla clinica vuol essere il più che possibile bandita; tale è il mio modo di pensare!

Nel riferire le mie osservazioni ne ho fatto alcuni gruppi appunto per confrontare casi con casi; e poggiandomi sull'anamnesi per lo studio dell'attualità morbosa ho cercato anche i termini di confronto tra la medicina dell'oggi e quella di molti anni addietro. Con quale risultamento altri il dica!

E nell'ordine scientifico, e nell'ordine pratico, nei concetti dottrinali patologici e nelle applicazioni terapeutiche, una grande rivoluzione in medicina si è fatta, ma non è compiuta! Il compimento delle attuali aspirazioni la è opera del tempo: le sistematiche opposizioni e le lotte di parte, se rallentano per poco, non fanno poi che meglio assicurare il trionfo finale della verità! Con questa fiducia io mi raccolgo e osservo e studio e noto per riprendere, se a Dio piaccia, altre volte ancora la penna, e scrivere le mie osservazioni, i miei studi, le mie note.



INDICE

III. —

Estratto dal Giornale della R. Accademia di medicina
di Torino — Anni 1867-68-69

